

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE LONGITUDINALE DU RÔLE DE L'ATTACHEMENT À L'ENFANCE DANS  
LE DÉVELOPPEMENT DE SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET DE DÉFICITS DE  
CONSCIENCE ÉMOTIONNELLE À L'ÂGE ADULTE

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
CATHERINE VANDAL

AVRIL 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Quel long et exigeant chemin qu'est celui menant au dépôt d'une thèse doctorale. Six années d'acharnement et de travail assidu, des centaines d'heures consacrées à la lecture, la réflexion et la rédaction, des périodes de découragement, de confusion et de doute, le poids constant d'un travail inachevé. Différentes personnes ont contribué à l'achèvement de ce projet, j'aimerais ici leur transmettre mes remerciements.

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de thèse, Ellen Moss, pour m'avoir intégrée à son laboratoire de recherche et à ses projets d'étude sur l'attachement. En m'acceptant comme étudiante, celle-ci m'a permis de travailler sur un sujet qui me passionne en plus de m'initier à la recherche longitudinale, ce dont je lui serai toujours reconnaissante. Non seulement je la remercie pour sa confiance, mais également pour le soutien financier dont elle m'a fait bénéficier au cours de mes études. J'aimerais aussi exprimer toute ma gratitude à ma co-directrice de thèse, Karine Dubois-Comtois, pour son soutien, sa rigueur, sa sensibilité et ses aptitudes remarquables d'encadrement. Son aide et sa présence bienveillante fussent inestimables dans la réalisation de ma thèse. Je la remercie profondément.

Je voudrais également remercier Jean Bégin pour sa grande disponibilité et précieuse aide sur le plan de la réalisation de mes analyses statistiques. Celui-ci fait un travail remarquable pour les étudiants et son aide fut des plus utile et appréciée. Un merci tout spécial à mes parents, Carole et Michel, ainsi qu'à mes amis, Mathieu, Valéry et Corinne, pour leur soutien affectif inconditionnel et l'intérêt constant qu'ils ont manifesté à l'égard de mon projet. Enfin, je remercie le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) pour m'avoir permis de me consacrer entièrement à mes travaux en finançant une grande partie de mes études doctorales.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	3
1. Recension des écrits.....	3
1.1 Théorie de l'attachement.....	3
1.2 Attachement et symptômes intériorisés.....	8
1.2.1 Attachement ambivalent/préoccupé.....	10
1.2.2 Attachement désorganisé/non résolu.....	13
1.2.3 Attachement évitant/détaché.....	15
1.3 Attachement et conscience émotionnelle.....	16
1.4 Conscience émotionnelle et symptômes intériorisés.....	20
1.4.1 Rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement et les symptômes intériorisés.....	21
1.5 Résumé et limites des connaissances actuelles.....	22
2. Objectifs et hypothèses.....	26
CHAPITRE II	
MÉTHODE.....	28
2.1 Participants.....	28
2.2 Procédure.....	29
2.3 Instruments.....	30
2.3.1 Mesures administrées à l'enfance.....	30
2.3.2 Mesures administrées à l'âge adulte.....	32



## CHAPITRE III

RÉSULTATS .....	39
3.1 Analyses préliminaires .....	39
3.2 Résultats relatifs aux questions de recherche.....	42
3.2.1 Première question de recherche : attachement en bas âge, symptômes intériorisés et conscience émotionnelle chez l'adulte.....	42
3.2.2 Deuxième question de recherche : représentations d'attachement adulte, symptômes intériorisés et conscience émotionnelle chez l'adulte .....	46
3.2.3 Troisième question de recherche : rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement précoce et les symptômes intériorisés chez l'adulte .....	48
3.2.4 Quatrième question de recherche : rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre les représentations d'attachement et les symptômes intériorisés à l'âge adulte.....	50

## CHAPITRE IV

DISCUSSION .....	52
4.1 Attachement à l'enfance, symptômes intériorisés et conscience émotionnelle à l'âge adulte .....	52
4.2 Représentations d'attachement, symptômes intériorisés et conscience émotionnelle à l'âge adulte .....	62
4.3 Rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement à l'enfance et les symptômes intériorisés à l'âge adulte.....	65
4.4 Rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre les représentations d'attachement et les symptômes intériorisés à l'âge adulte.....	68
4.5 Limites, contributions et pistes de recherche future.....	72
CONCLUSION .....	80
RÉFÉRENCES .....	84

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Description des échelles de l'EAA .....	35
2.2 Coefficients de corrélation intra-classe entre les scores des codeurs pour les échelles de l'EAA .....	37
3.1 Distribution de l'échantillon en fonction des modèles d'attachement à l'enfance .....	39
3.2 Scores moyens d'expériences et d'états d'esprit d'attachement adulte .....	40
3.3 Scores moyens de symptômes intériorisés et de conscience émotionnelle .....	40
3.4 Moyennes et écarts types des variables de symptômes intériorisés et de conscience émotionnelle à l'âge adulte en fonction des modèles d'attachement à l'enfance .....	44
3.5 Distributions de fréquences de la variable retrait à l'âge adulte en fonction des catégories d'attachement à l'enfance .....	45
3.6 Matrice corrélationnelle des variables liées aux symptômes intériorisés, à la conscience émotionnelle et aux représentations d'attachement adulte .....	47
3.7 Coefficients de régression multiple visant à prédire les symptômes intériorisés .....	48

3.8	Tests de médiation de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre l'attachement ambivalent et les symptômes intériorisés .....	49
3.9	Tests de médiation de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre le soutien affectif et les symptômes intériorisés .....	51

## LISTE DES FIGURES

Figure		Page
3.1	Modèle de médiation de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre l'attachement ambivalent en bas âge et les symptômes intériorisés à l'âge adulte .....	49
3.2	Modèle de médiation de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre le soutien affectif et les symptômes intériorisés à l'âge adulte .....	51

## RÉSUMÉ

Le présent projet de thèse doctorale a pour but d'examiner le rôle de l'attachement à l'enfance dans le développement de symptômes intériorisés et de déficits de conscience émotionnelle à l'âge adulte. Selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984), la qualité des relations affectives au début de la vie joue un rôle déterminant dans l'émergence ultérieure de troubles psychologiques telles que la dépression et l'anxiété, ce notamment parce qu'elle influe sur le développement des habiletés de régulation émotionnelle, lesquelles sont centrales dans la santé mentale. Diverses études effectuées auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes ont établi un lien entre l'insécurité d'attachement et diverses formes de symptomatologie intériorisée, que ce soit l'anxiété, la dépression, la somatisation ou le retrait social. L'insécurité d'attachement a également été associée à des problèmes de régulation émotionnelle au cours de la vie, dont des déficits de conscience émotionnelle, c'est-à-dire des difficultés dans la reconnaissance, l'identification et la verbalisation des émotions. En dépit du nombre important d'études conduites dans ce domaine, la plupart d'entre elles s'appuient sur des données de nature transversale, de sorte que nous disposons de peu de preuves empiriques pour soutenir l'hypothèse de la théorie de l'attachement concernant le rôle prédominant des expériences relationnelles précoces dans le développement de difficultés comportementales et émotionnelles à l'âge adulte. Notre étude est la première à examiner le lien entre l'attachement à l'enfance, les symptômes intériorisés et la conscience émotionnelle à l'âge adulte par le biais d'un devis longitudinal allant de l'enfance à l'âge adulte.

Quatre objectifs de recherche sont poursuivis dans cette étude. Les deux premiers consistent à examiner les liens entre l'attachement à l'enfance, les représentations d'attachement adulte, les symptômes intériorisés et la conscience émotionnelle à l'âge adulte. Nous avons comme hypothèse que les adultes ayant un attachement sécurisant à l'enfance ou un état d'esprit autonome à l'âge adulte rapporteraient moins de symptômes intériorisés et de déficits de conscience émotionnelle que ceux ayant développé un attachement insécurisant ou un état d'esprit non autonome. Les troisième et quatrième objectifs consistent à vérifier le rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement à l'enfance ou à l'âge adulte et la symptomatologie intériorisée adulte. Nous avons comme hypothèse qu'une faible conscience émotionnelle expliquerait le lien entre l'insécurité d'attachement à l'enfance ou à l'âge adulte et un niveau élevé de difficultés intériorisées chez les adultes.

L'échantillon est constitué de 61 participants âgés entre 19 et 22 ans qui ont été recrutés dans des garderies de milieux socioéconomiques divers de la région de Montréal lorsqu'ils étaient âgés entre 2 et 5 ans. L'attachement à l'enfance et les représentations d'attachement adulte ont été évalués à l'aide de la *Procédure de Séparation Réunion* et de l'*Entretien d'Attachement Adulte* respectivement. Les symptômes intériorisés et les déficits de conscience émotionnelle ont été mesurés à l'aide de questionnaires auto-administrés. Nos résultats suggèrent que les adultes ayant développé un lien d'attachement ambivalent ou fait

l'expérience d'un faible soutien affectif à l'enfance éprouvent davantage de difficultés dans l'identification de leurs émotions, ce qui favorise la présence de symptômes intériorisés. Les données de la présente étude soutiennent l'hypothèse de la théorie de l'attachement concernant le rôle important que jouent les expériences affectives dans le développement de symptômes intériorisés au cours de la vie, particulièrement les expériences d'attachement ambivalent.

Mots-clés : attachement, symptômes intériorisés, conscience émotionnelle, psychopathologie développementale.

## INTRODUCTION

Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2003), l'anxiété et la dépression sont deux des formes de psychopathologie les plus répandues chez les adultes de nos jours. Chaque année, des millions de médicaments sont prescrits et des milliers d'individus dans le monde consultent en psychothérapie pour des symptômes de type intériorisé, que ce soit des troubles anxieux ou de l'humeur. Dans la communauté scientifique et médicale, ceux-ci sont souvent présentés comme des maladies résultant de déséquilibres neurochimiques et témoignant de conditions inhérentes aux individus, ce qui fait que les efforts en recherche sont davantage consacrés à l'identification des gènes et différences neurophysiologiques sous-jacentes aux troubles qu'à celle des facteurs explicatifs liés aux expériences relationnelles et à l'histoire développementale des individus (Sroufe, 1997). La compréhension de tels facteurs joue pourtant un rôle important dans le traitement de la psychopathologie et de la symptomatologie intériorisée en particulier. Considérant les problèmes cognitifs, émotionnels et comportementaux engendrés par l'anxiété et la dépression ainsi que les coûts élevés associés à leur traitement (Donohue & Pincus, 2007; Koerner, Dugas, Savard, Gaudet, Turcotte & Marchand, 2004), il s'avère essentiel de développer et de tester des théories examinant la question de leur étiologie.

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1978a, 1978b, 1984) offre un cadre conceptuel intéressant pour comprendre certains des facteurs impliqués dans le développement de troubles intériorisés, qu'il s'agisse de l'anxiété, la dépression ou la somatisation. Selon cette dernière, les expériences relationnelles précoces jouent un rôle déterminant dans l'émergence de la psychopathologie, entre autres parce qu'elles influent sur le développement des habiletés de régulation émotionnelle (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005; Thompson, Laible & Ontai, 2003). L'expérience d'un lien d'attachement insécurisant dans les premières



années de la vie entraînerait des déficits sur le plan de la régulation émotionnelle, notamment des difficultés dans la reconnaissance et la gestion des émotions, lesquelles prédisposent au développement de psychopathologies diverses. En dépit des dérangements neurophysiologiques souvent entraînés par l'émergence de troubles intériorisés, comment comprendre la présence de l'anxiété et de la dépression à l'âge adulte? Quels sont les facteurs psychosociaux impliqués dans le développement des symptômes intériorisés au cours de la vie? La présente étude cherche à investiguer de manière empirique l'étiologie des symptômes intériorisés dans la perspective de la psychopathologie développementale et plus particulièrement de la théorie de l'attachement. L'objectif principal est d'examiner le lien longitudinal entre l'attachement à l'enfance, les représentations d'attachement adulte, les symptômes intériorisés et la conscience émotionnelle à l'âge adulte.

Différents aspects seront abordés dans cette thèse. Le premier chapitre présente une recension des écrits théoriques et empiriques sur l'attachement, la conscience émotionnelle et les symptômes intériorisés. Les limites de la documentation ainsi que les objectifs et hypothèses de la présente recherche y sont résumés. Le second chapitre aborde les aspects méthodologiques de l'étude; l'échantillon que nous avons utilisé, la procédure que nous avons suivie et les instruments de mesure que nous avons employés y sont définis. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus en lien avec nos questions de recherche. Enfin, le quatrième et dernier chapitre constitue une discussion entourant ces résultats. Les limites et contributions de l'étude ainsi que des pistes de recherche futures y sont également exposées.



## CHAPITRE I

### CONTEXTE THÉORIQUE

#### 1. Recension des écrits

##### 1.1 Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement origine des travaux de John Bowlby, un pédiatre et psychanalyste britannique qui a grandement marqué la psychologie développementale. Ce qu'on appelle l'attachement renvoie au lien affectif durable qui se développe dans les premières années de la vie et qui unit l'enfant à une figure parentale<sup>1</sup> (Ainsworth, 1989). Selon Bowlby (1978a), l'attachement remplit un besoin primaire et assume une fonction adaptative liée à la protection et à la survie de l'espèce. Les comportements d'attachement (pleurs, agrippements, sourires, etc.) sont instinctifs et visent à accroître les chances de survie de l'enfant par le rapprochement avec une personne qui s'occupera de lui. L'attachement qu'on appelle sécurisant se développe quand l'enfant fait l'expérience d'un parent accessible, disponible et qui répond de manière adéquate à ses besoins. Lorsqu'il est dans un état d'alarme (face à un danger ou dans un état physiologique menaçant), l'enfant qui a formé un lien sécurisant est en mesure de rechercher et d'utiliser le réconfort de son parent pour apaiser sa détresse. Avec le réconfort obtenu, il peut alors désactiver ses comportements d'attachement pour s'engager dans l'exploration de son environnement et ainsi développer et acquérir son autonomie (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

---

<sup>1</sup> Nous entendons par figure parentale toute personne qui prodigue des soins à l'enfant, que ce soit la mère biologique ou un substitut maternel.

Lorsque la figure parentale est insensible aux demandes affectives de l'enfant ou y répond de manière inadéquate, l'enfant utilise des stratégies alternatives pour gérer son stress et s'assurer un minimum de protection. Dans la documentation, trois modèles d'attachement insécurisant sont identifiés : les modèles évitant, ambivalent et désorganisé. Le premier se développe quand l'enfant perçoit son parent comme étant insensible à sa détresse, ce qui l'amène à utiliser une stratégie dite de désactivation, laquelle consiste à minimiser l'expression de la détresse afin de préserver le lien avec le parent qui, autrement, serait distant ou rejetant (Bowlby, 1984; Mikulincer & Shaver, 2008). Les enfants avec cet attachement tendent à minimiser l'importance de leurs émotions et à ignorer leurs besoins affectifs pour ne pas avoir à faire appel à leur figure parentale et subir du rejet de sa part (Cassidy & Kobak, 1988). L'attachement ambivalent, lui, se développe quand les réponses parentales sont inconstantes, ce qui amène l'enfant à maximiser ses comportements de détresse afin de gagner l'attention du parent (Cassidy & Berlin, 1994; Mikulincer & Shaver, 2008). Les enfants avec cet attachement sont dans un état de vigilance constante par rapport aux indices de rejet et d'abandon, tendent à exagérer l'expression de la détresse et à manifester une dépendance excessive envers la figure parentale, en même temps que des comportements de résistance. Enfin, l'attachement qu'on appelle désorganisé se caractérise par l'absence de stratégies cohérentes pour maintenir la proximité avec la figure parentale et gérer les affects (Main & Solomon, 1990). Selon Main et Hesse (1990), ce modèle se développe quand l'enfant est dans une situation paradoxale où il doit être réconforté par un parent suscitant la peur (un parent absent psychologiquement, hostile ou abusif par exemple), ce qui le laisse sans option viable pour gérer sa détresse (Carlson, 1998). Les enfants avec cet attachement ont tendance à manifester des comportements confus et apeurés en présence du parent ou encore, vers l'âge de 6 ans, des comportements contrôlants visant à gérer la conduite et l'état psychologique du parent (George & Solomon, 1996).

Selon la théorie de l'attachement, les premiers liens affectifs formés entre l'enfant et ses figures parentales jouent un rôle important tout au long de la vie (Bowlby, 1984). À partir de ses expériences quotidiennes avec ses figures parentales, l'enfant intériorise le lien d'attachement et développe des schémas cognitifs – appelés modèles internes opérants – soit des représentations mentales de lui-même, des autres et des relations en général (Bowlby,

1978b). Une fois consolidés, ces modèles perdureraient au cours de la vie et auraient un impact majeur sur la manière dont l'enfant, et plus tard l'adulte, perçoit et réagit à son environnement (Sroufe, Carlson, Lévy & Egeland, 1999; Thompson, 2008). Élaborés à partir d'expériences précoces préverbales, ceux-ci seraient résistants au changement, puisqu'ils seraient encodés dans la mémoire implicite, fonctionnant de façon automatique et en dehors de la conscience (Kandel, 1999; Main, 1999). Sur le plan empirique, l'hypothèse de la continuité des patrons et représentations d'attachement au cours de la vie est appuyée par certaines études longitudinales qui ont montré une bonne stabilité des modèles d'attachement de l'enfance à l'âge adulte lorsqu'il n'y avait pas de changements majeurs dans l'environnement ou d'événements trop stressants dans la vie de l'individu, tels que la perte d'une personne significative, la maladie ou l'abus (Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). Utilisant deux mesures réputées pour évaluer l'attachement à la petite enfance et à l'âge adulte – soit la *Situation d'Étrangeté* (SE) et l'*Entretien d'Attachement Adulte* (EAA) respectivement – ces études ont montré que les enfants avec un attachement sécurisant étaient susceptibles de développer un état d'esprit autonome à l'âge adulte, ceux avec un attachement évitant, un état d'esprit détaché, ceux avec un attachement ambivalent, un état d'esprit préoccupé et ceux avec un attachement désorganisé, un état d'esprit non résolu.

À la période adulte, l'EAA (George, Kaplan & Main, 1996) est considéré comme l'instrument par excellence pour évaluer l'état d'esprit à l'égard de l'attachement. Au cours de cet entretien, qui permet d'évaluer les quatre modèles de représentations mentionnés précédemment, les adultes dont l'état d'esprit est autonome se souviennent avec aisance de leurs expériences d'attachement passées, qu'elles aient été positives ou non, et reconnaissent l'influence de celles-ci sur leur développement. Ils accèdent librement aux expériences affectives qu'ils ont eues et sont en mesure d'évaluer et de réinterpréter celles-ci à la lumière des nouvelles expériences sans discréditer les informations affectives plus anxiogènes (Bowlby, 1984). Aussi, leur vision est objective et cohérente, tout en étant suffisamment flexible pour incorporer de nouvelles idées engendrées par la réflexion. Au contraire, les adultes qui ont des représentations d'attachement non autonome ont plus de difficulté à avoir une réflexion objective sur leur passé relationnel. Ceux qui ont un état d'esprit détaché n'ont

pas de difficulté à se remémorer des événements impersonnels (van IJzendoorn, 1995), mais ont peu de souvenirs de leurs expériences relationnelles à l'enfance. Pour qualifier la relation avec leurs parents, ils utilisent des termes qui ne sont pas étayés par des éléments autobiographiques convaincants et soutiennent que les émotions relatives aux expériences affectives ne sont pas une source de préoccupation pour eux, tout en manifestant des niveaux élevés d'activation physiologique au moment d'en parler (Dozier & Kobak, 1992). Les personnes dont l'état d'esprit est préoccupé sont plutôt confuses et présentent souvent une image incohérente de leur passé relationnel. Lorsqu'elles se remémorent des souvenirs d'enfance, elles ont du mal à évaluer objectivement leurs expériences, parce qu'elles tendent à être envahies par des émotions encore actuelles et mal contenues, notamment de la colère à l'égard du parent. Enfin, les adultes dont l'état d'esprit est non résolu ont vécu des traumatismes dans le passé et ne sont pas parvenus à une élaboration mentale leur permettant de prendre une distance à l'égard de ces événements. Au cours de l'entretien, ils sont désorganisés et désorientés lorsqu'ils décrivent les événements relatifs à l'expérience de trauma ou de perte. Ils ont un discours incohérent et manifestent parfois une peur ou une culpabilité non fondée.

Selon Bowlby (1978b, 1988), les modèles d'attachement développés à l'enfance tendraient non seulement à perdurer au cours de la vie et à influencer l'état d'esprit adulte à l'égard de l'attachement, mais auraient aussi un impact général sur le bien-être et la santé mentale des individus. Des expériences d'attachement insécurisant augmenteraient la vulnérabilité à la psychopathologie en laissant l'individu avec des habiletés réduites pour gérer son stress et réguler ses émotions (Mikulincer, 1998). Elles nuiraient à l'acquisition d'habiletés socioémotionnelles lui permettant d'entretenir des relations intimes satisfaisantes et d'utiliser le soutien d'autrui en plus de contribuer au développement d'images négatives de soi ou des autres, des facteurs susceptibles d'engendrer des problèmes d'adaptation au cours de la vie. De plus, l'insécurité d'attachement favoriserait le recours à des processus défensifs empêchant les individus d'explorer librement leurs émotions, ce qui accentuerait aussi la vulnérabilité à la psychopathologie. Pour Bowlby (1984), les expériences d'attachement insécurisant favorisent l'exclusion défensive, un processus cognitif visant à exclure de la conscience les informations difficiles à intégrer sur le plan affectif, lequel serait susceptible

de prendre trois formes : la désactivation, la disjonction cognitive ou la ségrégation. Ce qui est appelée désactivation est un processus par lequel l'individu – généralement celui ayant développé un attachement évitant à l'enfance – minimise l'information liée à l'attachement en coupant l'accès aux sources d'anxiété et en supprimant ses besoins affectifs afin de ne pas avoir à gérer les émotions douloureuses engendrées par l'expérience du rejet. La disjonction cognitive – à laquelle ont généralement recours les personnes ayant reçu des soins inconstants et développé un attachement ambivalent à l'enfance – est un processus consistant à déconnecter les affects de leurs sources (George & Solomon, 2008). Par ce procédé, l'individu sépare cognitivement ses sentiments négatifs de la situation ou de la personne qui les a suscités, soit en portant son attention sur sa propre détresse (plutôt que sur la source de celle-ci) soit en dirigeant ses sentiments sur une autre source. Les émotions sont alors ressenties comme si elles étaient indépendantes des situations ou des personnes les ayant créées, tout en demeurant accessibles à la conscience, ce qui engendre des préoccupations et de la détresse psychologique. Enfin, la ségrégation – souvent manifeste chez les personnes ayant vécu des traumatismes ou expériences avec un parent suscitant la peur – consiste à exclure de la conscience les informations intolérables sur le plan affectif. Submergé par des émotions intenses et douloureuses, l'individu se déconnecte de ses affects et en vient à recourir à des formes extrêmes d'évitement émotionnel, telle la dissociation (Liotti, 1992). Toutefois, lorsqu'une situation réactive des souvenirs du trauma, l'individu est envahi par des émotions déstabilisantes qui ne sont pas cohérentes par rapport au contexte dans lequel il se trouve.

Ainsi, l'insécurité d'attachement serait un précurseur important de la psychopathologie adulte en favorisant le recours à des processus défensifs et l'acquisition de stratégies relationnelles et socioémotionnelles susceptibles de protéger ou de prédisposer au développement de difficultés psychologiques. Sans être une pathologie en soi, elle serait un facteur de risque notable pour le développement de psychopathologies en engageant l'enfant dans des trajectoires associées à la pathologie (Bowlby, 1978b; Sroufe et al., 2005). Comme le notent Cassidy et Morh (2001), bien que non nécessaire ni suffisante à leur émergence, l'insécurité d'attachement serait impliquée dans la survenue de pathologies diverses, augmentant les risques, la sévérité et la persistance des troubles.



## 1.2 Attachement et symptômes intériorisés

Suite aux travaux de Bowlby, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux liens entre l'attachement et la psychopathologie, notamment les troubles intériorisés. Les troubles intériorisés sont un ensemble de symptômes plus ou moins manifestes – incluant l'anxiété, la dépression, la somatisation et le retrait social – ayant pour dimension commune la présence d'affects négatifs (Brady & Kendall, 1992; King, Ollendick & Gullone, 1991). D'un point de vue théorique, les expériences d'attachement insécurisant prédisposeraient au développement de ce type de symptômes en amenant l'enfant à vivre de la détresse sans que celle-ci puisse être apaisée par une figure parentale, ce qui serait propice à l'émergence d'anxiété et de dépression (Bowlby, 1978b). De plus, ces expériences favoriseraient chez l'enfant le développement de perceptions négatives de soi et des autres, ce qui augmenterait aussi la vulnérabilité aux problèmes intériorisés. L'enfant ayant développé un lien d'attachement sécurisant avec un parent disponible, attentionné et constant apprend, à travers ses expériences, qu'il a une valeur et qu'il est digne de l'amour des autres (Bretherton, 1985). Par ses expériences, il acquiert une confiance en sa capacité à contrôler ses états émotionnels internes et à faire face aux situations anxiogènes. Il développe aussi une croyance selon laquelle le parent, et les autres en général, sont fiables, attentionnés et disponibles en cas de nécessité. Au contraire, celui dont la figure parentale est distante, imprévisible ou hostile est susceptible de développer une perception négative de lui-même. Il risque de se percevoir comme un échec, de penser qu'il ne mérite pas l'amour d'autrui et qu'il est, par essence, non désirable (Bowlby, 1978b). Incapable de maintenir une proximité avec son parent et d'aller chercher son soutien, cet enfant risque aussi de se sentir incompetent (dans sa capacité à diminuer sa détresse et gérer ses émotions) en plus de percevoir les autres comme étant peu fiables ou aimants. Bref, l'enfant qui ne parvient pas à former un lien sécurisant avec son parent est susceptible d'avoir une image négative de lui-même, de se sentir incompetent et de percevoir les autres comme étant peu dignes de confiance, autant de perceptions impliquées dans la dépression et les troubles anxieux (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Beck, 2002; Chorpita & Barlow, 1998).

La recherche empirique appuie l'association entre l'insécurité d'attachement et les problèmes intériorisés. Plusieurs études effectuées chez des enfants et adolescents ont montré une association entre les expériences d'attachement insécurisant et la symptomatologie intériorisée (voir Brumariu & Kerns, 2010, pour une revue). À la période adulte, une méta-analyse effectuée par van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg (2008) regroupant toutes les études ayant utilisé l'EAA a montré que les distributions de classification d'attachement obtenues dans des échantillons cliniques d'adultes et d'adolescents présentant diverses psychopathologies (dont des troubles anxieux et de l'humeur) différaient significativement des distributions obtenues dans les échantillons normatifs, avec une surreprésentation des personnes ayant un état d'esprit insécurisant. Les études évaluant les styles d'attachement par le biais de questionnaires ont aussi révélé des liens entre l'insécurité d'attachement et divers troubles intériorisés, notamment les symptômes anxieux et dépressifs (Hankin, 2005; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006; Liu, Nagata, Shono & Kitamura, 2009; Mickelson, Kessler & Shaver, 1997; Roberts, Gotlib & Kassel, 1996). Des chercheurs ont également montré que l'insécurité d'attachement pouvait jouer un rôle dans l'occurrence de problèmes physiques (voir Maunder & Hunter, 2001, pour une revue) et qu'elle était liée à la somatisation, soit la tendance à manifester de la souffrance psychologique par le biais de symptômes physiques sans cause médicale apparente (Noyes, Stuart, Langbehn, Happel, Longley, Muller et al., 2003; Waldinger, Schulz, Barsky & Ahern, 2006).

Dans la documentation, le style parental prévalant au cours de l'enfance est aussi considéré jouer un rôle important dans l'étiologie des troubles intériorisés chez l'adulte. Des études qui ont utilisé le *Parental Bonding Instrument*, un instrument évaluant les perceptions rétrospectives du climat familial, ont montré que des expériences familiales à l'enfance caractérisées par le manque de soins et d'affection ainsi qu'un style parental autoritaire ou surprotecteur étaient prédicteurs de difficultés psychologiques à l'âge adulte, notamment des troubles anxieux et de l'humeur (Chambers, Power & Durham, 2004; Enns, Cox & Clara, 2002; Parker, 1990). Dans une méta-analyse de Gerlsma, Emmelkamp et Arrindell (1990) regroupant les études examinant les pratiques parentales perçues chez des patients anxieux et dépressifs, les expériences caractérisées par le contrôle et le manque d'affection à l'enfance

étaient liées au développement d'anxiété et de dépression. D'autres études ont suggéré que le rappel d'expériences de rejet, de négligence ou de faible soutien affectif à l'enfance était associé à la présence de symptômes anxieux, dépressifs et somatiques à l'âge adulte (Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas & Borkovec, 2009; Irons et al., 2006; Oliver & Whiffen, 2003; Suchman, Rounsaville, DeCoste & Luthar, 2007).

Bref, la documentation empirique indique une association entre les expériences d'attachement insécurisant et les symptômes intériorisés, que ce soit à l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte. Si l'insécurité d'attachement est liée presque systématiquement à ceux-ci, les liens entre les formes spécifiques d'insécurité et les problèmes intériorisés sont, toutefois, plus difficiles à évaluer. Plusieurs études ont été conduites au cours des dernières décennies afin d'identifier les formes d'insécurité les plus susceptibles d'engendrer des symptômes intériorisés. Nous présentons ici un résumé des résultats obtenus pour chacun des modèles d'attachement insécurisant.

1.2.1 Attachement ambivalent/préoccupé. Différentes études ont appuyé le lien entre l'attachement ambivalent/préoccupé et les symptômes intériorisés à l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte. Dans une des rares études ayant examiné prospectivement le lien entre l'attachement précoce et la psychopathologie ultérieure, Sroufe et ses collègues ont montré que l'ambivalence en bas âge était le meilleur prédicteur des problèmes d'anxiété à l'adolescence au sein d'une population à risque (Warren, Huston, Egeland & Sroufe, 1997). Les participants qui avaient développé un attachement ambivalent au cours de la petite enfance étaient 2 fois plus susceptibles de développer des troubles anxieux à 17,5 ans que les participants des autres groupes. De plus, l'attachement ambivalent demeurait un prédicteur significatif des troubles anxieux ultérieurs même après avoir contrôlé l'effet du tempérament et de la présence de troubles anxieux chez la mère. Dans une étude de Bar-Haim, Dan, Eshel et Sagi-Schwartz (2007), des enfants de 11 ans dont l'attachement était ambivalent à 12 mois avaient des scores plus élevés sur une échelle évaluant la phobie scolaire comparativement à ceux dont l'attachement était sécurisant. Lewis, Feiring, McGuffog et Jaskir (1984) ont aussi montré que des garçons de 6 ans dont l'attachement était ambivalent dans la petite enfance



avaient des scores plus élevés de symptômes intériorisés rapportés par la mère, comparativement à ceux dont l'attachement était sécurisant ou évitant.

Les études évaluant les représentations d'attachement et utilisant des mesures concomitantes à l'adolescence ou à l'âge adulte ont aussi rapporté des liens entre l'attachement ambivalent/préoccupé et les problèmes intériorisés. Certaines études administrant l'EAA à des jeunes ont montré que l'état d'esprit préoccupé était relié aux symptômes intériorisés (Allen, Moore, Kuperminc & Bell, 1998), aux troubles de l'humeur (Rosenstein & Horowitz, 1996) et aux symptômes dépressifs (Marsh, McFarland, Allen, McElhaney & Land, 2003). Une étude de Brown et Wright (2003) utilisant un test projectif pour évaluer l'attachement a montré que les adolescents ayant un attachement anxieux (une dimension référant au modèle préoccupé) manifestaient plus de troubles intériorisés que ceux ayant un attachement sécurisant ou évitant. Dans une étude de Fortuna et Roisman (2008), les participants qui manifestaient une stratégie d'hyperactivation dans l'EAA (correspondant à un état d'esprit préoccupé) rapportaient des niveaux plus élevés de détresse intériorisée que ceux tendant à la désactivation. Également, des études effectuées auprès de femmes ont montré que celles ayant un état d'esprit préoccupé manifestaient plus de symptômes dépressifs comparativement aux autres (Cole-Detke & Kobak, 1996; West & George, 2002).

Des études évaluant l'attachement par le biais de questionnaires ont également montré des associations entre l'attachement préoccupé et la dépression (Irons et al., 2006; Meredith & Noller, 2003; Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, Bader & Halfon, 2005; Reis & Grenyer, 2004; Sochos & Tsaltas, 2008). Le style préoccupé a été lié à la sensibilité à l'anxiété, un facteur de vulnérabilité impliqué dans le développement du trouble panique (Watt, McWilliams & Campbell, 2005; Weems, Berman, Silverman & Rodriguez, 2002), ainsi qu'aux symptômes de stress post-traumatique (Declercq & Willemsen, 2006). De plus, diverses études évaluant le style anxieux (lequel s'apparente à l'attachement préoccupé) ont montré que celui-ci était lié aux symptômes d'anxiété ou de dépression (Li, Li & Dai, 2008; Meredith, Strong & Feeney, 2007; Mickelson et al., 1997; Myhr, Sookman & Pinard, 2004; Oliver & Whiffen, 2003; Reinecke & Rogers, 2001; Shaver, Schachner & Mikulincer, 2005;

Wei, Vogel, Ku & Zakalik, 2005; Zech, De Ree, Berenschot & Stroebe, 2006). Enfin, d'autres études ont indiqué que les individus avec un style d'attachement préoccupé ou anxieux rapportaient plus de plaintes somatiques et avaient davantage de préoccupations hypocondriaques comparativement à ceux ayant un style évitant ou sécurisant (Ciechanowski, Walker, Katon & Russo, 2002; Feeney & Ryan, 1994; Schmidt, Strauss & Braehler, 2002).

En plus de l'attachement préoccupé, des études ont montré un lien entre la dépression et la présence de colère à l'âge adulte (Cole-Detke & Kobak, 1996; Troisi & D'Argenio, 2004), une émotion liée à l'état d'esprit préoccupé. Dans une étude de Fonagy et ses collègues (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon et al., 1996), l'échelle de colère de l'EAA était liée à des scores élevés de dépression chez des patients ayant des troubles psychiatriques. Dans le même ordre d'idées, Miljkovitch et ses collègues (2005) ont montré que la présence de rancune envers les parents permettait de prédire les scores de dépression chez des jeunes issus d'une population normative.

Bref, de nombreuses études suggèrent un lien entre l'attachement ambivalent/préoccupé et les symptômes intériorisés que ce soit à l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte. Par contre, plusieurs de celles-ci ont été conduites auprès d'échantillons constitués entièrement ou majoritairement de femmes, un élément susceptible de biaiser les résultats dans l'optique où le genre modérerait le lien entre les classifications d'attachement et l'expression de la psychopathologie. Bien qu'une méta-analyse de van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg (2010) ait montré une absence d'effet du genre sur l'attachement dans des échantillons normatifs, d'autres études ont montré l'existence de telles différences au sein de populations cliniques, plus particulièrement une propension chez les femmes à manifester un état d'esprit préoccupé par opposition à un état d'esprit détaché chez les hommes (Dozier, 1990; Rosenstein & Horowitz, 1996). De plus, quelques études ont rapporté une absence de lien entre l'attachement préoccupé/anxieux et les symptômes anxieux, dépressifs ou post-traumatiques (DiFilipo & Overholser, 2002; Fonagy et al., 1996; O'Connor & Elklit, 2008; Riggs, Paulson, Tunnell, Sahl, Atkinson & Ross, 2007).

1.2.2 Attachement désorganisé/non résolu. Si plusieurs études établissent un lien entre l'attachement ambivalent/préoccupé et les symptômes intériorisés, il faut mentionner le fait que toutes n'aient pas utilisé un système de classification incluant le patron désorganisé ou non résolu. Selon la revue empirique de Brumariu et Kerns (2010) portant sur les périodes de l'enfance et de l'adolescence, la désorganisation d'attachement serait plus fortement associée aux symptômes intériorisés que l'ambivalence lorsqu'elle serait incluse dans les analyses. Dans une étude de Moss, Bureau, Cyr, Mongeau et St-Laurent (2004) incluant les quatre groupes d'attachement, les enfants d'âge préscolaire avec un attachement désorganisé manifestaient plus de symptômes intériorisés évalués par un professeur que le groupe sécurisant, ce qui n'était pas le cas de ceux ayant un attachement évitant ou ambivalent. Dans une étude de Carlson (1998), les participants dont l'attachement était désorganisé à la petite enfance avaient des scores supérieurs de troubles intériorisés à l'enfance et à l'adolescence. De plus, l'attachement désorganisé, mais pas l'attachement ambivalent, permettait de prédire un indice de psychopathologie globale (incluant les troubles intériorisés) et la dissociation à 17,5 ans. À l'adolescence et à l'âge adulte, la méta-analyse de van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg (2008) a montré une forte prévalence de l'état d'esprit non résolu dans les échantillons cliniques comparativement aux échantillons normatifs quand le système de classification à quatre groupes était utilisé. Par rapport aux symptômes intériorisés spécifiquement, certaines études conduites auprès d'échantillons cliniques ont montré une absence de lien significatif entre l'état d'esprit non résolu et les troubles de l'humeur (Riggs, Paulson, Tunnell, Sahl, Atkinson & Ross, 2007; Stovall-McClough & Cloitre, 2006), mais d'autres chercheurs ont trouvé une proportion particulièrement élevée de participants ayant un tel état d'esprit parmi des individus souffrant de trouble anxieux (Fonagy et al., 1996).

Plusieurs auteurs ont suggéré des liens entre l'attachement désorganisé à l'enfance et la vulnérabilité au développement de psychopathologies ayant une composante dissociative, tel que le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Certains auteurs ont mis en évidence les liens entre le statut non résolu dans l'EAA et les symptômes de TSPT, notamment ceux relatifs à l'intrusion ou à l'évitement, en suggérant que le deuil et le trauma non résolus pouvaient être conceptualisés comme l'expression d'un stress traumatique (Fearon &



Mansell, 2001; Lyons-Ruth & Block, 1996). Stovall-McClough et Cloitre (2006) ont d'ailleurs trouvé une surreprésentation de l'état d'esprit non résolu parmi des femmes aux prises avec un TSPT. Bien que la forte proportion de non résolution ait pu résulter des expériences passées d'abus, les participantes avec un état d'esprit non résolu étaient 7,5 fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic de TSPT que les autres. À ce titre, plusieurs études ont suggéré un lien entre l'expérience d'abus à l'enfance et la symptomatologie intériorisée à l'âge adulte. De nombreuses études basées sur des données rétrospectives ont montré que les expériences de négligence et d'abus physique, sexuel ou psychologique à l'enfance étaient liées à l'occurrence de dépression, de troubles anxieux ou de symptômes somatiques à l'âge adulte (Bandelow, Torrente, Wedekind, Broocks, Hajak & Rüther, 2004; Bandelow, Späth, Tichauer, Broocks, Hajak & Rüther, 2002; Sansone, Wiederman & Sansone, 2001; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis, 2003; Waldinger et al., 2006). Dans une étude utilisant l'EAA pour évaluer l'état d'esprit à l'égard de l'attachement, le trauma non résolu était associé au TSPT (Riggs, Paulson, Tunnell, Sahl, Atkinson & Ross, 2007). Des études ont aussi révélé un lien entre le deuil et la symptomatologie intériorisée, spécialement la dépression. Les adultes ayant perdu un parent au cours de leur enfance seraient souvent surreprésentés dans les échantillons cliniques et plus à risque de souffrir de dépression au cours de leur vie (Clayton, 1990; Coffino, 2009; Mäkiyö, Sauvola, Moring, Veijola, Neiminen, Järvelin et al., 1998).

Enfin, plusieurs études qui ont utilisé des questionnaires d'attachement ont montré un lien entre l'attachement craintif (*fearful*) et divers symptômes intériorisés. Dans la documentation, l'attachement craintif est défini par la présence d'une forme extrême de peur et d'anxiété à l'idée d'être rejeté et d'une haute méfiance interpersonnelle (Bartholomew & Horowitz, 1991). Il s'agit d'un modèle d'attachement qui s'apparente à l'attachement désorganisé et à l'état d'esprit non résolu en raison de la présence de peur et d'appréhension chez l'individu. Ce style d'attachement a été lié à la dépression (Conradi & De Jonge, 2009; Irons et al., 2006; Reis & Grenyer, 2004; Sochos & Tsalta, 2008), à l'anxiété (Watt et al., 2005; Weems et al., 2002), au TSPT (Declercq & Willemsen, 2006; O'Connor & Elklit, 2008) et à la somatisation (Ciechanowski et al., 2002; Noyes, Stuart, Langbehn, Happel, Longley, Muller et al., 2003; Waldinger et al., 2006; Wearden, Lamberton, Crook & Walsh, 2005).

1.2.3 Attachement évitant/détaché. Enfin, quelques études ont révélé un lien entre l'attachement évitant à l'enfance ou l'état d'esprit détaché à l'âge adulte et des difficultés intériorisées. Dans une étude de Lyons-Ruth, Easterbrooks et Cibelli (1997), les enfants âgés de 7 ans qui étaient classifiés évitant dans la petite enfance manifestaient davantage de symptômes intériorisés évalués par leur professeur en comparaison à ceux avec un modèle sécurisant. L'étude de Moss et collègues (1998) a aussi montré une relation (quoique pour les garçons seulement) entre l'attachement évitant et les symptômes intériorisés chez des enfants âgés entre 5 et 7 ans. Dans une étude de Ivarsson, Granqvist, Gillbert et Broberg (2010), les adolescents ayant un état d'esprit détaché étaient surreprésentés dans un échantillon d'adolescents aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif. À la période adulte, Waller, Scheidt et Hartman (2004) ont trouvé que l'état d'esprit détaché était associé à la somatisation et ce, même en contrôlant l'effet de l'affect négatif. Dans le même esprit, Scheidt et ses collègues (1999) ont montré une surreprésentation de l'attachement détaché dans un groupe de patients aux prises avec des douleurs physiques. Une surreprésentation de l'état d'esprit détaché a également été observée dans des échantillons de patients souffrant de dysthymie (Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994) ou de troubles anxieux (van Emmichoven, van IJzendoorn, De Ruiter & Brosschot, 2003). Enfin, diverses études ont montré que l'attachement détaché ou évitant, par opposition à sécurisant ou préoccupé, était lié aux symptômes dépressifs (DiFilipo & Overholser, 2002; Hankin, Kassel & Abela, 2005; Miljkovitch et al., 2005; Wei, Shaffer, Young & Zakalik, 2005), à la symptomatologie post-traumatique (O'Connor & Elklit, 2008), aux préoccupations hypocondriaques (Noyes et al., 2003) et à la somatisation chez les hommes (Waldinger et al., 2006).

Par contre, d'autres données infirment l'hypothèse du lien entre l'attachement évitant et la symptomatologie intériorisée. En effet, des études ont indiqué que les adultes avec un état d'esprit détaché étaient moins susceptibles de rapporter des plaintes somatiques (Pianta, Egeland & Adam, 1996) ou d'avoir un diagnostic lié à l'anxiété (Riggs et al., 2007) comparativement à ceux ayant un état d'esprit préoccupé ou autonome. Des études utilisant des questionnaires ont montré une association négative entre le style d'attachement évitant et les symptômes dépressifs (Sochos & Tsaltas, 2008; Zech et al., 2006). Dans une étude utilisant l'EAA dans un échantillon clinique, l'idéalisation des parents et l'absence de

souvenir, deux échelles associées à l'état d'esprit détaché, étaient négativement associées à la dépression et aux troubles anxieux respectivement (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoun & Gerber, 1996). Également, divers chercheurs ont rapporté une absence de liens significatifs entre l'attachement évitant ou détaché et le retrait social, les symptômes anxieux, dépressifs, somatiques ou post-traumatiques (Brown & Wright, 2003; Ciechanowski et al., 2002; Feeney & Ryan, 1994; Irons et al., 2006; Meredith, Strong & Feeney, 2006; Reis & Grenyer, 2004; Riggs et al., 2007; Shaver et al., 2005).

### 1.3 Attachement et conscience émotionnelle

Selon la théorie de l'attachement, non seulement les expériences relationnelles précoces jouent un rôle dans le développement de psychopathologies au cours de la vie, mais elles influencent plus globalement la vie émotionnelle de l'individu. Pour plusieurs auteurs, la qualité de la relation d'attachement formée entre l'enfant et son parent dans les premières années de la vie influe sur le développement des habiletés de régulation émotionnelle, notamment la conscience émotionnelle, soit la capacité à reconnaître, identifier et exprimer ses émotions<sup>2</sup> (Bagby & Taylor, 1997; Harris, 1999; Thompson, 2008). Dans une relation sécurisante, où le parent répond adéquatement aux besoins affectifs de l'enfant, celui-ci peut exprimer librement ses besoins et explorer l'ensemble de ses expériences émotionnelles sans avoir à inhiber ou amplifier les émotions négatives, ce qui favorise l'apprentissage des émotions. L'enfant dont le parent répond de manière cohérente et sensible à ses besoins apprend aussi à travers ces expériences que l'expression de la détresse (et des émotions en général) est positive, puisque cela signale le besoin d'être réconforté et a pour effet l'intervention du parent. De nombreuses études montrent d'ailleurs que les enfants avec un attachement sécurisant discutent plus fréquemment des émotions et explorent davantage leurs expériences émotionnelles dans leurs conversations quotidiennes avec leurs parents (Cyr,

---

<sup>2</sup> Bien que certains auteurs fassent une distinction entre les émotions, les sentiments et les affects (voir Gross & Thompson, 2007, pour une description détaillée), ces concepts sont ici utilisés de manière interchangeable compte tenu de l'absence de consensus sur leur définition et afin d'éviter la confusion, comme le suggèrent Taylor, Bagby et Parker (1997).

Dubois-Comtois & Moss, 2008; Laible & Thompson, 2000), ce qui favorise le développement de la compréhension émotionnelle (McQuaid, Bigelow, McLaughlin & MacLean, 2008; Raikes & Thompson, 2006).

À l'inverse, dans une relation où le parent ne répond pas adéquatement aux besoins de l'enfant, celui-ci développe plus difficilement la conscience de ses états internes, puisqu'il doit inhiber ou amplifier l'expression de certaines émotions afin de préserver le lien avec sa figure d'attachement (Fuendeling, 1998). L'enfant apprend peu à reconnaître ses émotions, puisque les réponses du parent contribuent à nier la légitimité de ses besoins affectifs et donc à invalider son expérience émotionnelle générale. De plus, dans une relation où il y a peu de discussions sur les émotions, l'enfant ne peut établir une correspondance langagière aux émotions qu'il ressent puisque celles-ci ne sont pas rattachées à des concepts dans le langage du parent (Nelson, 1996). Selon Kopp (1989), la difficulté du parent à reconnaître et refléter l'émotion de l'enfant entraînerait notamment des déficits dans la représentation et l'expression des émotions. Des expériences précoces avec une figure parentale qui ne discute pas de ses émotions et qui ne reconnaît pas ou ne répond pas de manière adéquate à celles de son enfant seraient susceptibles de se traduire à l'âge adulte par des déficits sur le plan de l'identification et de l'expression des affects (Kraemer & Loader, 1995; Taylor et al., 1997).

Bien que peu d'études empiriques aient examiné le lien entre l'attachement et la conscience émotionnelle spécifiquement, certains chercheurs se sont intéressés aux différences d'attachement impliquées dans la perception, la compréhension et le traitement des émotions. Par exemple, des études ont révélé que les personnes avec un attachement sécurisant (comparativement à insécurisant) avaient une plus grande intelligence émotionnelle, un concept référant à la capacité à percevoir, exprimer, comprendre, utiliser et gérer les émotions (Hamarta, Deniz & Saltani, 2009; Kafetsios, 2004; Kim, 2005). Des études expérimentales ont aussi montré que les personnes avec des patrons d'attachement insécurisant avaient une moins bonne capacité à décoder les émotions dans les expressions faciales (Fraley, Niedenthal, Marks, Brumbaugh & Vicary, 2006) et qu'ils manifestaient plus de biais cognitifs dans le traitement d'information à contenu émotionnel (Cohen & Shaver,

2004; Edelstein & Gillath, 2008). Également, certaines études ont suggéré que les adultes avec un attachement sécurisant avaient une plus grande tendance à exprimer et partager leurs émotions comparativement à ceux ayant un attachement insécurisant (Grabill & Kerns, 2000; Kerr, Melley, Travea & Pole, 2003).

De plus, diverses études ont montré un lien entre l'attachement et l'alexithymie, un concept référant aux difficultés à identifier, exprimer et distinguer ses émotions des sensations corporelles (Taylor et al., 1997). Par exemple, utilisant l'EAA pour mesurer l'attachement, Scheidt et ses collègues (1999) ont montré que l'état d'esprit non autonome était associé à un degré élevé d'alexithymie. Les études de Hexel (2003), Montebanocci, Codispoti, Baldaro et Rossi (2004) et de Wearden et collègues (2005), conduites auprès d'étudiants, ont montré que les individus avec un style d'attachement insécurisant avaient des difficultés à identifier et décrire leurs émotions ainsi que des degrés élevés d'alexithymie. Laible (2007) a montré que des jeunes adultes ayant un attachement sécurisant dans leurs relations avec les pairs et parents étaient plus conscients de leurs émotions que ceux ayant des relations d'attachement insécurisant. L'étude de Mallinckrodt et Wei (2005) a révélé que l'anxiété et l'évitement d'attachement étaient tous les deux associés à une faible conscience émotionnelle, définie comme un degré élevé d'alexithymie. Enfin, dans un échantillon clinique de jeunes hommes aux prises avec des troubles anxieux ou de l'humeur, la présence de confiance – une échelle associée à la sécurité d'attachement – était associée à de plus grandes capacités à identifier et décrire ses émotions ainsi qu'à des degrés inférieurs d'alexithymie, cela même quand l'effet des symptômes anxieux et dépressifs était contrôlé (Troisi, D'Argenio, Peracchio & Petti, 2001).

Des études ont aussi montré des liens entre des formes spécifiques d'insécurité d'attachement et une faible conscience émotionnelle. Dans l'étude de Scheidt et ses collègues (1999), l'alexithymie était associée à l'état d'esprit détaché et à la stratégie de désactivation, amenant ainsi les auteurs à conclure qu'il s'agissait d'un trouble de régulation des affects propre à l'attachement évitant. Dans une étude de Meins, Harris-Waller et Lloyd (2008), l'évitement permettait de prédire la faible conscience émotionnelle et la difficulté à



décrire ses émotions chez des jeunes adultes. Les résultats de De Rick et Vanheule (2006) ont indiqué que le style évitant (mais pas les autres styles) était un prédicteur important de la difficulté à identifier, analyser et verbaliser ses émotions chez des adultes aux prises avec une dépendance à l'alcool. Wearden, Cook et Vaughan-Jones (2003) ont montré que ce style était partiellement corrélé aux difficultés à identifier et décrire ses émotions, même après avoir contrôlé l'effet de l'affect négatif. Par contre, dans l'étude de Wearden et ses collègues (2005), l'alexithymie n'était pas associée à l'attachement évitant, mais plutôt aux styles craintif et préoccupé. Dans l'étude de Troisi et collègues (2001), conduite auprès de jeunes hommes ayant un trouble anxieux ou de l'humeur, la prévalence de l'alexithymie était supérieure chez les participants ayant un style préoccupé ou craintif en comparaison à ceux ayant un style évitant et ce, indépendamment de la sévérité de leurs symptômes. L'attachement anxieux/ambivalent ou l'anxiété dans les relations avec les pairs ont également été liés à des déficits de conscience émotionnelle dans des échantillons d'étudiants (Meins et al., 2008; Wearden et al., 2003).

Enfin, quelques études ayant examiné la relation entre l'alexithymie et les interactions parent-enfant rapportées rétrospectivement montrent que les adultes présentant une alexithymie élevée semblent s'être souvent sentis insécurisés au cours de leur enfance et avoir grandi dans des contextes peu favorables à l'expression des émotions. Berenbaum et James (1994) ont trouvé que l'alexithymie était associée au fait de ne pas s'être senti en sécurité émotionnellement pendant l'enfance et à un environnement familial dans lequel les membres ne pouvaient exprimer librement leurs émotions. Fukunishi et ses collègues (1997) ont montré que l'alexithymie était corrélée à la perception de faibles soins maternels au cours de l'enfance. Aussi, dans une étude de De Rick et Vanheule (2006), la perception rétrospective d'un faible soutien affectif de la part du père était un prédicteur de la capacité à identifier, analyser et verbaliser ses émotions.

#### 1.4 Conscience émotionnelle et symptômes intériorisés

Sur le plan du développement émotionnel, la documentation suggère que les déficits de conscience émotionnelle sont liés à une multitude de problèmes de fonctionnement à l'âge adulte, dont des difficultés intériorisées. Selon certains, l'incapacité à identifier, comprendre et exprimer ses émotions serait propice au développement de psychopathologies comme la dépression, l'anxiété ou la somatisation, puisqu'il s'agit de troubles témoignant de problèmes affectifs et émotionnels (Southam-Gerow & Kendall, 2002; Taylor et al., 1997). L'accès aux émotions et la capacité à les verbaliser pourraient être un facteur protecteur contre le développement de tels troubles en permettant à l'individu de donner un sens à ses expériences et ainsi se protéger contre leurs effets potentiellement dévastateurs (Pierrehumbert, 2003). De plus, en favorisant le développement de liens interpersonnels significatifs, la capacité à révéler ses émotions aux autres pourrait atténuer les sentiments de solitude et les risques de dépression subséquente (Wei, Russell & Zakalik, 2005).

Au plan empirique, la difficulté à identifier et différencier ses émotions a été associée à la présence de symptômes intériorisés chez des enfants et des adolescents (Rieffe, Oosterveld, Miers, Terwogt & Ly, 2008; Rieffe, Oosterveld & Terwogt, 2006). À l'âge adulte, différentes études ont montré des liens entre l'alexithymie et la présence ou la sévérité des symptômes dépressifs ou anxieux (Duddu, Isaac & Chaturvedi, 2003; Evren, Evren & Ercan, 2009; Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viinamäki, 2000). Une étude de Marchesi, Brusamonti et Maggini (2000) a montré qu'un groupe de patients souffrant de troubles dépressifs ou anxieux avait de plus grands déficits de conscience émotionnelle et davantage de difficultés à identifier leurs émotions comparativement à un groupe contrôle. De plus, des scores élevés de symptômes dépressifs ou anxieux étaient associés aux déficits de conscience émotionnelle au-delà de l'effet de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation. La propension des personnes alexithymiques à éprouver des états affectifs négatifs indifférenciés ou encore à amplifier et confondre les émotions avec les sensations corporelles est ce qui, selon certains, conduirait au développement de troubles affectifs et anxieux (Taylor et al., 1997).

Des études ont également montré des liens entre l'alexithymie et la somatisation (voir Kooiman, 1998 pour une revue). Selon certains, les personnes alexithymiques seraient plus vulnérables aux affections somatiques en raison de leur difficulté à différencier leurs émotions des sensations corporelles et de leur tendance à focaliser sur les symptômes physiques plutôt que sur les processus mentaux (Luminet, Taylor & Bagby, 2003; Scheidt et al., 1999). L'inhibition de la conscience et de l'expression émotionnelles pourrait aussi exacerber l'activation physiologique en réponse au stress, ce qui favoriserait l'émergence de problèmes physiques (Pennebaker, Barger & Tiebout, 1989). Une forte prévalence de l'alexithymie a d'ailleurs été trouvée chez des patients souffrant de douleurs ou de maladies chroniques (Celikel & Saatcioglu, 2006; Lumley, Asselin & Norman, 1997; Todarello, Taylor, Parker & Fanelli, 1995). De plus, diverses études ont montré des liens entre la difficulté à identifier ou exprimer ses affects et la présence de plaintes somatiques (Deary, Scott & Wilson, 1997; Wearden et al., 2005). Enfin, une méta-analyse de De Gucht et Heiser (2003) a révélé la présence d'associations modérées entre l'alexithymie ou la difficulté à identifier ses émotions et les plaintes somatiques.

1.4.1 Rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement et les symptômes intériorisés. Les études montrant un lien entre la conscience émotionnelle et des troubles comme la dépression, l'anxiété ou la somatisation mènent à penser que la conscience émotionnelle pourrait jouer un rôle de médiation entre l'attachement et les symptômes intériorisés. La prédisposition au développement de tels troubles pourrait ainsi s'expliquer par des déficits sur le plan de l'identification, de la nomination et de la description des émotions que sous-tendent les modèles d'attachement insécurisés. Dans la documentation empirique, le lien entre l'insécurité d'attachement et les symptômes intériorisés est bien démontré, mais la façon dont l'attachement influe sur le développement de ceux-ci n'est pas précisée. En effet, peu d'études ont testé l'effet de médiateurs spécifiques impliqués dans le lien entre l'attachement et les symptômes intériorisés, de sorte que les mécanismes permettant d'expliquer ce lien sont encore méconnus. Certains médiateurs ont été identifiés comme étant impliqués dans le lien entre l'insécurité d'attachement et l'humeur négative, la dépression ou la détresse psychologique, notamment les croyances dysfonctionnelles et la faible estime de soi (Hankin et al., 2005; Roberts et al.,

1996), le faible soutien social (Rodin, Walsh, Zimmermann, Gagliese, Jones, Shepherd et al., 2007; Simpson, Rholes, Campbell, Tran & Wilson, 2003) et les difficultés de régulation émotionnelle (Creasy, 2002; Wei, Vogel et al., 2005). Dans une étude de Irons et ses collègues (2006), la difficulté à s'auto-rassurer et les perceptions négatives de soi permettaient d'expliquer le lien entre l'expérience passée de faible affection, de rejet ou de surprotection parentale et la dépression chez des jeunes adultes. Sur le plan de concepts rattachés à la conscience émotionnelle, une étude de Mallinckrodt et Wei (2005) a montré que l'alexithymie agissait comme médiateur du lien entre l'attachement insécurisant et la détresse psychologique. Également, Wearden et ses collègues (2005) ont montré que l'association entre l'insécurité d'attachement et les plaintes somatiques était partiellement médiatisée par les difficultés à identifier et décrire ses émotions. Bref, certaines études identifient des variables pouvant expliquer le lien entre l'attachement et divers symptômes de nature intériorisée, mais aucune étude n'a testé spécifiquement l'effet médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement et les symptômes intériorisés.

### 1.5 Résumé et limites des connaissances actuelles

En somme, les connaissances actuelles soutiennent l'hypothèse selon laquelle l'insécurité d'attachement est positivement associée aux symptômes intériorisés et aux déficits de conscience émotionnelle et, inversement, que l'attachement sécurisant diminue les risques de développer de telles difficultés. Un nombre important d'études rapportent une association positive entre l'insécurité d'attachement et les symptômes intériorisés, que ce soit les problèmes anxieux, la dépression ou la somatisation. En ce qui concerne les formes spécifiques d'insécurité, les données sont, toutefois, plus difficiles à interpréter. En effet, aucun patron n'est lié de façon systématique aux symptômes intériorisés et chaque forme d'insécurité semble, à un certain degré, liée à divers symptômes de cette catégorie de troubles. Dans le même ordre d'idées, la recherche montre un lien entre l'insécurité d'attachement et les problèmes de conscience émotionnelle, mais elle ne permet pas d'isoler le modèle d'attachement le plus propice au développement de ceux-ci.

Plusieurs raisons méthodologiques peuvent expliquer l'inconsistance de ces résultats. D'abord, les études effectuées utilisent des méthodes variées pour mesurer l'attachement, lesquelles s'appuient sur des conceptualisations parfois différentes de l'attachement. Par exemple, tandis que l'EAA évalue l'état d'esprit en regard de l'attachement en fonction de la cohérence du discours et des représentations inconscientes sans égard pour le contenu des expériences, les questionnaires évaluent la perception des individus de leur style d'attachement ainsi que les croyances, valeurs et émotions accessibles à la conscience. Ces deux traditions – la première issue de l'approche développementale et la seconde de la psychologie sociale – examinent donc des aspects différents du système d'attachement, ce qui rend leurs résultats plus ou moins comparables (Bernier & Dozier, 2002; Crowell, Fraley & Shaver, 2008; George & West, 1999). De plus, même lorsqu'ils utilisent des mesures similaires, les chercheurs utilisent des systèmes de classification différents, ce qui fait que les modèles d'attachement ne sont pas toujours comparables. Parmi ceux qui utilisent des questionnaires par exemple, certains adoptent une approche catégorielle et d'autres une approche dimensionnelle. Chez ceux qui utilisent des mesures observationnelles ou représentationnelles, certains privilégient un système de classification à trois groupes, tandis que d'autres utilisent un système à quatre groupes (incluant l'attachement désorganisé ou non résolu). Les individus qui sont considérés non résolu dans l'EAA par exemple peuvent donc être jugés autonome, détaché ou préoccupé lorsque le système à trois groupes est utilisé, un chevauchement de classification qui rend l'intégration des résultats difficile. Aussi, au plan des troubles intériorisés, il existe une grande variabilité dans la manière de définir les pathologies examinées à travers les diverses études. Certains examinent des troubles spécifiques ou évaluent la présence de troubles diagnostiqués, tandis que d'autres ne mesurent que la présence de symptômes sans égard pour les seuils cliniques ou encore des concepts généraux incluant des symptômes relevant de troubles divers, comme la détresse psychologique par exemple. Cette variabilité dans la définition des troubles rend les résultats peu comparables et pourrait aussi expliquer une partie des disparités observées entre les études.

Bien que la recherche soutienne le lien entre l'insécurité d'attachement et les symptômes intériorisés ou les déficits de conscience émotionnelle, les données qui sont

disponibles actuellement comportent en fait de nombreuses limites. D'abord, aucune étude n'a examiné de manière prospective le lien entre les expériences d'attachement à l'enfance et les symptômes intériorisés ou la conscience émotionnelle à l'âge adulte. La recherche examinant le rôle de l'attachement précoce dans le développement de la psychopathologie adulte est limitée à quelques rares études longitudinales (Carlson, 1998; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997) dont aucune ne porte spécifiquement sur les troubles intériorisés. Dans le domaine de la conscience émotionnelle, les écrits suggèrent un lien entre les expériences affectives à l'enfance et l'alexithymie, mais aucune étude n'a encore mesuré le lien longitudinal entre les patrons d'attachement dans l'enfance et la conscience émotionnelle à l'âge adulte. Bref, il existe encore peu de preuves empiriques du rôle prédominant que la théorie de l'attachement attribue aux expériences précoces d'attachement dans le développement de difficultés comportementales et émotionnelles chez l'adulte.

En fait, la vaste majorité des études empiriques utilise des mesures concurrentes, lesquelles ne permettent pas d'identifier si l'insécurité d'attachement est une cause, un corrélat ou une conséquence des difficultés intériorisées. Il n'est pas possible de faire d'inférences causales à partir de ces études et ce, en raison notamment des effets bidirectionnels possibles entre l'attachement et les symptômes intériorisés. Comme le montrent certaines études, les symptômes intériorisés peuvent altérer la mémoire ou influencer sur les perceptions des individus (Chi & Hinshaw, 2002; Roisman, Fortuna & Holland, 2006). Ainsi, même si la recherche suggère que les modèles d'attachement insécurisant sont un précurseur des troubles intériorisés, la direction de la relation ne peut être déterminée à partir d'une telle méthodologie. Des données longitudinales sont nécessaires pour déterminer si les expériences d'attachement précoce permettent de prédire le développement de symptômes intériorisés et de difficultés émotionnelles. De plus, nombre d'études utilisent des questionnaires auto-rapportés pour mesurer l'attachement adulte ou encore des mesures rétrospectives pour évaluer les expériences affectives à l'enfance, lesquels ne mesurent que la dimension consciente de l'attachement en plus d'être sujets à des distorsions et biais perceptuels (Bower, 1987; Jacobvitz, Curran & Moller, 2002).



Comme autre lacune, la plupart des études ont examiné les troubles spécifiques du DSM-IV-TR plutôt que la catégorie générale de symptômes intériorisés. Les troubles cliniques sont très hétérogènes et peuvent prendre des formes plus intériorisées chez les uns (la dépréciation de soi p. ex.) et plus extériorisées chez les autres (l'hostilité interpersonnelle p. ex.). Selon Dozier, Stovall-McClough et Albus (2008), mesurer la catégorie générale de symptômes intériorisés, plutôt que chaque trouble séparément, serait plus à même de différencier les modèles d'attachement, compte tenu que ceux-ci se différencient essentiellement sur la base de la nature intériorisée ou extériorisée des stratégies qui leur sont liées. Il serait donc plus adéquat d'utiliser des instruments mesurant la catégorie générale des symptômes intériorisés plutôt que des instruments mesurant des troubles spécifiques. Ceci est vrai surtout pour un échantillon normatif, où les participants risquent peu d'obtenir des scores de psychopathologie atteignant le seuil clinique.

Par ailleurs, peu d'études longitudinales ont contrôlé l'effet de la présence antérieure de problèmes intériorisés. Ainsi, nous ne savons pas si les symptômes intériorisés à l'âge adulte ne résultent pas simplement de la présence antérieure de tels symptômes, ce qui serait plausible si l'on considère la stabilité démontrée de ces troubles sur des périodes allant jusqu'à 14 ans (Hofstra, van der Ende & Verhulst, 2001; Roza, Hofstra, van der Ende & Verhulst, 2003). Contrôler l'effet de la présence antérieure de symptômes pourrait ainsi contribuer à démêler les effets bidirectionnels possibles entre l'attachement et les troubles intériorisés. Dans le même esprit, il serait important de vérifier s'il existe des différences en fonction du genre, étant donné que les échantillons utilisés sont souvent majoritairement constitués de femmes et que des différences de genre ont été observées dans la prévalence des troubles émotionnels et intériorisés. Selon certaines études, les femmes seraient plus enclines au développement de symptômes intériorisés, particulièrement la dépression (American Psychiatric Association, 2003; Nolen-Hoeksema, 1995), tandis qu'elles manifesteraient moins de déficits de conscience émotionnelle que les hommes (Parker, Taylor & Bagby, 2003; Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka & Kauhanen, 1999).

## 2. Objectifs et hypothèses

Le but général de la présente étude est d'examiner de manière prospective le lien entre l'attachement en bas âge, les représentations d'attachement adulte, les symptômes intériorisés et la conscience émotionnelle (définie par une faible alexithymie) au début de l'âge adulte. À notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a encore examiné le lien entre ces variables en utilisant des données prospectives de l'enfance à l'âge adulte et en contrôlant l'effet des symptômes intériorisés passés sur la symptomatologie adulte, ce qui sera fait pour chacun des objectifs suivants.

Le premier objectif consiste à examiner le lien entre la classification d'attachement en bas âge et les symptômes intériorisés ainsi que la conscience émotionnelle chez le jeune adulte. Comme nous souhaitons aller au-delà des différences entre les groupes d'attachement sécurisant et insécurisant, nous planifions de comparer chaque groupe individuellement au groupe d'attachement sécurisant, ce afin d'identifier le groupe d'attachement insécurisant le plus spécifiquement à risque. Il est attendu qu'au moins un des groupes d'adultes ayant eu un attachement insécurisant à l'enfance (soit évitant, ambivalent ou désorganisé) manifestera plus de symptômes intériorisés et une plus faible conscience émotionnelle que le groupe d'adultes ayant eu un attachement sécurisant.

Le second objectif consiste à examiner le lien entre les représentations d'attachement adulte et les symptômes intériorisés ainsi que la conscience émotionnelle chez le jeune adulte. Il est attendu qu'au moins un des groupes d'adultes ayant un état d'esprit insécurisant (soit détaché, préoccupé ou non résolu) rapportera plus de symptômes intériorisés et une plus faible conscience émotionnelle que le groupe d'adultes ayant un état d'esprit autonome.

Le troisième objectif est de vérifier le rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement en bas âge et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. Il est attendu qu'une faible conscience émotionnelle expliquera la relation entre l'insécurité d'attachement à l'enfance et la présence de difficultés intériorisées à l'âge adulte.



Enfin, le quatrième et dernier objectif consiste à vérifier le rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre les représentations d'attachement adulte et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. Il est attendu qu'une faible conscience émotionnelle expliquera la relation entre les représentations d'attachement non autonome et la présence de difficultés intériorisées à l'âge adulte.

## CHAPITRE II

### MÉTHODE

#### 2.1 Participants

Les participants de notre étude ont été recrutés dans des garderies de la région de Montréal alors qu'ils étaient âgés entre 2 et 5 ans afin de participer à une étude longitudinale sur les relations parent-enfant et l'adaptation psychosociale. Le recrutement s'est fait sur une base volontaire et les parents qui ont accepté de participer ont signé un formulaire de consentement avant d'être convoqués au laboratoire par des chercheurs de l'équipe. Le seul critère d'inclusion pour la constitution de l'échantillon était de fréquenter une garderie à but non lucratif, ce qui réduisait les probabilités d'avoir des cas spéciaux de retard mental ou de trouble envahissant du développement, assurant ainsi la représentativité de l'échantillon. Cent quatre-vingt six familles ont accepté de participer au projet, soit environ la moitié des parents sollicités.

Les données utilisées dans cette thèse ont été recueillies deux ans après le recrutement initial des participants, lors de leur deuxième visite au laboratoire, soit le temps 1 de notre étude ( $N = 129$ ), et 17 ans plus tard, lors de leur cinquième visite, soit le temps 2 de notre étude ( $N = 65$ ). Le taux d'attrition entre les temps 1 et 2 est de 50% et se distribue comme suit : 45 participants n'ont pu être rejoints, 17 ont refusé de participer à nouveau ou ne se sont pas présentés au rendez-vous et deux ont été retirés de l'étude en raison de problèmes techniques reliés à notre équipement.

L'échantillon final est donc constitué de 65 participants (22 de sexe masculin). La moyenne d'âge des participants était de 5,74 ans ( $\text{É.T.} = 1,11$ ) au temps 1 et de 20,77 ans ( $\text{É.T.} = 0,93$ ) au temps 2. Lors du deuxième temps de mesure, 72% des participants habitaient chez leurs parents et 63% étaient en couple. Quarante-six pourcent étaient aux études, 51% occupaient un emploi et 3% étaient sur l'aide sociale. Pour la scolarité, 34% était de niveau secondaire, 40% de niveau collégial et 26% de niveau universitaire. Enfin, 48% des participants avait un revenu inférieur à 10 000\$, 30% un revenu entre 10 000\$ et 19 999\$ et 22% un revenu supérieur à 20 000\$. Des analyses de khi-carré ont été effectuées afin de vérifier la présence de différences entre les participants ayant poursuivi la recherche au temps 2 et ceux ne l'ayant pas fait. Aucune différence significative n'a été observée entre eux pour ce qui est du revenu familial,  $\chi^2(5) = 8,07$ , *ns*, et du patron d'attachement au temps 1,  $\chi^2(3) = 1,97$ , *ns*. Cependant, il y avait une différence significative de sexe, les filles ayant maintenu leur participation à l'étude du temps 1 au temps 2 davantage que les garçons,  $\chi^2(1) = 7,39$ ,  $p < 0,01$ .

## 2.2 Procédure

Les participants ont été invités à se présenter au laboratoire à deux reprises pour participer à des évaluations, soit lorsqu'ils étaient enfants et en début d'âge adulte. Lors de leur visite au temps 1 de l'étude, les participants sont venus au laboratoire avec leur mère. Pendant cette rencontre d'une durée approximative de deux heures, les enfants et leur mère ont participé à différentes tâches conjointes et individuelles dans lesquelles la sécurité d'attachement de l'enfant a été évaluée. La *Procédure de Séparation Réunion* (PSR) a été conduite par des expérimentatrices du laboratoire formées à cet effet. Les mères ont également rempli des questionnaires et remis leur copie du *Child Behavior Checklist* (CBCL), qu'elles avaient préalablement rempli à la maison. Une compensation financière leur a été remise pour leur participation au projet.

Quinze ans plus tard, les participants ont été contactés à nouveau et invités à se présenter au laboratoire pour une évaluation, mais sans leur mère cette fois-ci. Au cours de cette rencontre, durant environ deux heures, les participants ont rempli divers questionnaires, dont un de type sociodémographique, et effectué l'EAA avec une assistante de recherche de niveau doctoral formée à cet effet. Enfin, les participants sont revenus au laboratoire quelques semaines plus tard pour remplir d'autres questionnaires, dont le *Adult Self Report* (ASR) et le *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20), et une compensation financière leur a alors été remise pour cette seconde participation.

## 2.3 Instruments

### 2.3.1 Mesures administrées à l'enfance

*Comportements d'attachement.* La qualité de la relation d'attachement mère-enfant a été évaluée à l'aide d'une PSR similaire à celle développée par Main et Cassidy (1988) pour les enfants de 6 ans. Cette procédure se déroule en différentes étapes. À leur arrivée au laboratoire, la mère et l'enfant participent d'abord à une session de 20 minutes de jeu de collaboration. Ceux-ci sont ensuite invités à se séparer pour faire des activités individuelles, une séparation durant 45 minutes. Lorsque la mère est avisée qu'elle peut rejoindre son enfant, elle ne reçoit pas d'instruction spécifique quant à la réunion. La réunion dure 5 minutes, se déroule sans la présence d'expérimentatrices et des jouets et revues sont disponibles dans le local. Cette période est suivie d'une activité conjointe de 10 minutes (prise de collation), puis les dyades sont invitées à se séparer à nouveau pour 30 minutes. Enfin, une seconde réunion mère-enfant a lieu avec des conditions identiques à la première.

La qualité de la relation d'attachement est codée à partir des vidéos des deux périodes de réunion au moyen du système de classification de Main et Cassidy (1988). Ce système permet de distinguer cinq patrons d'attachement : sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-ambivalent, insécurisant-désorganisé/contrôlant et insécurisant-autre.

L'assignation des enfants à l'un ou l'autre de ces groupes s'appuie sur l'observation de la proximité physique et du contenu des échanges verbaux avec la mère. L'enfant d'attachement sécurisant (B) a des interactions positives et détendues avec son parent. Il initie la communication et utilise ce dernier comme base sécurisante pour explorer de façon active son environnement. L'attachement évitant (A) se distingue par la tendance de l'enfant à minimiser les interactions et les échanges avec le parent en instaurant une distance physique et psychologique avec ce dernier. L'enfant d'attachement ambivalent (C) se démarque par des comportements conflictuels de résistance ou de la passivité traduisant une immaturité excessive. Il recherche souvent l'attention de son parent, mais est incapable de l'utiliser comme base de sécurité et son exploration s'en trouve réduite. L'attachement désorganisé/contrôlant (D) se manifeste par un renversement de rôles dans lequel l'enfant contrôle la mère soit d'une manière hostile ou douce et attentionnée. Enfin, l'attachement insécurisant-autre (IO) est réservé aux enfants qui ne correspondent pas clairement aux autres patrons d'attachement ou qui présentent à la fois des comportements d'évitement et d'ambivalence. Ces derniers sont généralement combinés aux enfants d'attachement D puisqu'ils ne disposent pas de stratégie organisée pour gérer leur détresse.

La validité du système de classification de Main et Cassidy (1988) a été démontrée dans plusieurs études indiquant une association entre les patrons d'attachement et divers indices psychosociaux, comme la qualité des interactions mère-enfant, les représentations d'attachement des enfants ou leur adaptation psychosociale (Cassidy, 1988; Easterbrooks, Davidson & Chazan, 1993; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Moss et al., 1998). La validité a aussi été démontrée par des études longitudinales qui prédisent les classifications d'attachement à 6 ans à partir de la SE dans la petite enfance (Main & Cassidy, 1988; Wartner, Grossman, Frémmer-Bombik & Suess, 1994). Les bandes vidéo des réunions ont été codifiées par deux évaluateurs entraînés par R. Marvin ou E. Moss et l'accord interjuge (calculé sur 30% des bandes) était de 90% ( $\kappa = 0,83$ ).

*Symptômes intériorisés.* Les symptômes intériorisés à l'enfance ont été évalués avec la version française du CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1983), un questionnaire rempli par



la mère pour les enfants âgés entre 4 et 18 ans. Aucune mesure de symptômes rapportés par l'enfant n'a été incluse dans ce projet puisqu'il n'y avait pas, à cette époque, de mesure valide disponible. Dans ce questionnaire, constitué de 113 énoncés à choix de réponse, la mère doit évaluer la présence de comportements problématiques observés chez son enfant au cours des 6 derniers mois sur une échelle de 0 à 2 (allant de faux ou ne s'applique pas à très ou souvent vrai). L'outil permet de tracer un profil comportemental de l'enfant en distinguant les troubles intériorisés de ceux extériorisés. Dans la présente étude, nous utilisons les scores des échelles anxiété/dépression, somatisation et retrait social ainsi que le score total de symptômes intériorisés calculé à partir de l'addition de ces trois dernières. Le CBCL est l'un des outils les plus utilisés pour évaluer la psychopathologie chez l'enfant (Costello & Benjamin, 1989) et est particulièrement utile lorsqu'il s'agit d'évaluer des troubles légers tels qu'on les rencontre dans une population normative. L'instrument possède d'excellentes qualités psychométriques. La fidélité test-retest a été établie autant sur de courtes que sur de longues périodes (pour toutes les échelles, moyennes de 0,89 après 7 jours, 0,75 après 1 an et 0,71 après 2 ans). La validité de construit a été démontrée par le biais de corrélations significatives entre les échelles du CBCL et des échelles analogues du *Parent Questionnaire* (Conners, 1973). Dans la présente étude, l'analyse des alphas de Cronbach pour chaque échelle utilisée révèle une cohérence interne adéquate et similaire à ce qui a été obtenu par les auteurs de l'instrument (symptômes intériorisés = 0,85, anxiété/dépression = 0,80, somatisation = 0,74), sauf pour l'échelle de retrait qui présente une cohérence interne plus faible (0,64). Le questionnaire a été validé en langue française par Fombonne, Chedan, Carradec, Archad, Navarro et Reis (1988).

### 2.3.2 Mesures administrées à l'âge adulte

*Représentations d'attachement.* Les représentations d'attachement adulte ont été évaluées à l'aide de l'EAA (George et al., 1996), une entrevue semi-dirigée qui évalue l'état d'esprit de l'adulte à l'égard de ses relations d'attachement. Dans cette entrevue, comprenant 20 questions et durant environ une heure, le participant est invité à décrire ses expériences d'attachement dans l'enfance, ses relations passées et actuelles avec ses parents et toutes

expériences vécues de rejet, d'abus ou de perte. L'individu doit d'abord décrire globalement sa relation avec chacun de ses parents ou avec toutes autres figures d'attachement susceptibles d'avoir joué un rôle significatif dans son histoire personnelle au cours de son enfance. Il doit ensuite qualifier ces relations par une série d'adjectifs et fournir des souvenirs épisodiques permettant d'illustrer chacun des adjectifs choisis. Le reste de l'entrevue focalise sur les expériences susceptibles d'avoir causé de la détresse (blessures, maladies, séparations, rejet, abus, etc.) ainsi que leur impact sur son développement et sa personnalité adulte, les expériences possibles de perte ou de trauma depuis l'enfance et, enfin, la nature des relations actuelles avec les figures d'attachement. La codification de l'EAA est basée, non pas sur la qualité des expériences rapportées, mais sur la cohérence globale observée dans la description, l'intégration et l'évaluation de ces dernières (Main, 1991). Elle focalise sur les mécanismes cognitifs déployés pour traiter l'information relative aux expériences d'attachement, soit sur la manière dont l'individu intègre ses expériences et souvenirs d'attachement à une vision globale de soi, de ses parents et des relations en général. La tâche principale pour le participant au cours de cet entretien consiste à explorer ses émotions et souvenirs tout en demeurant présent et cohérent dans le contexte de l'entrevue. La cohérence du discours est évaluée en fonction du degré d'adhérence à quatre principes inspirés des travaux du philosophe linguistique Grice (1975, 1989) : la *qualité* (être honnête tout en ayant des exemples conséquents), la *quantité* (être succinct, mais complet), la *relation* (être pertinent par rapport aux questions posées) et la *manière* (être clair et ordonné).

Les entretiens sont cotés en fonction d'une série d'échelles concernant les expériences probables vécues à l'enfance avec chacun des parents (soutien affectif, rejet, inversion des rôles, pression pour la réussite, négligence)<sup>1</sup> ainsi que l'état d'esprit actuel par rapport à l'attachement (idéalisation, colère, dénigrement, absence de souvenir,

---

<sup>1</sup> Les échelles reliées aux expériences passées d'attachement ne sont pas considérées comme témoignant des expériences réelles du participant puisqu'elles ne permettent pas d'évaluer le caractère objectif de ce qui est rapporté. Toutefois, elles permettent d'aller au-delà des simples perceptions rétrospectives de l'adulte, puisque la codification se fait à partir, non simplement de ce que celui-ci rapporte directement, mais des estimations du codeur basées sur l'analyse du discours dans son ensemble (crédibilité de l'information présentée, présence de contradictions, etc.). Pour plus d'information sur le système de codification de l'EAA, consulter le manuel de l'instrument (Main, Goldwyn & Hesse, 2003).



métacognition, passivité, deuil ou trauma non résolu, cohérence du discours et de la pensée). Une quatorzième échelle évalue la peur de perdre son enfant, mais celle-ci n'a pas été retenue dans la présente étude en raison du jeune âge des participants, qui réduisait la probabilité d'avoir un enfant. Chaque échelle est cotée sur 10 points allant de 0 (caractéristique absente) à 9 (caractéristique omniprésente). La description des échelles ainsi que leurs liens respectifs aux patrons d'attachement adulte sont présentés dans le tableau 2.1. La codification des échelles reliées aux états d'esprit permet la classification dans l'un ou l'autre des quatre patrons de représentations d'attachement suivants : l'attachement autonome, détaché, préoccupé ou non résolu. L'adulte dont l'attachement est autonome (F) accorde de l'importance aux relations d'attachement et a une vision objective et cohérente de ses expériences affectives passées, que celles-ci soient positives ou non. Cet individu obtient généralement des scores modérés à élevés sur les échelles cohérence du discours, cohérence de la pensée et métacognition ainsi que des scores faibles aux échelles indiquant des états d'esprit insécurisant. Celui dont l'attachement est détaché (Ds) a tendance à minimiser l'importance des relations d'attachement ou à idéaliser sa relation avec ses parents sans pouvoir appuyer sa vision par des illustrations concrètes. Cet individu obtient généralement des scores élevés sur les échelles idéalisation, dénigrement et absence de souvenir ainsi que des scores faibles sur l'échelle de cohérence du discours. L'individu dont l'attachement est préoccupé (E) tend à maximiser l'importance de l'attachement et semble envahi par des émotions encore actuelles à l'égard de ses figures parentales, dont la colère, ce qui rend son discours confus et incohérent. Il a généralement des scores élevés sur les échelles colère ou passivité ainsi que des scores faibles sur l'échelle de cohérence du discours. L'adulte dont l'attachement est non résolu (U) présente des défaillances de raisonnement lorsqu'il est question d'expériences traumatisantes, d'abus ou de deuils, qui peuvent se manifester par des propos irrationnels ou des incohérences dans le discours. Il obtient des scores élevés sur les échelles deuil ou trauma non résolus. La classification dans cette catégorie d'attachement est toujours accompagnée d'une assignation secondaire à l'une des trois autres catégories (F, Ds ou E). Enfin, les entretiens qui ne correspondent pas clairement à l'un ou l'autre des patrons sont placés dans la catégorie non classifiable (CC) et sont combinés avec ceux dont l'état d'esprit est U en raison de l'absence de stratégies cohérentes pour décrire les expériences d'attachement passées.

**Tableau 2.1**  
Description des échelles de l'EAA<sup>2</sup>

<b>Expériences probables vécues à l'enfance</b>
<i>Soutien affectif.</i> Affection et disponibilité du parent, particulièrement en cas de détresse.
<i>Rejet.</i> Tendance du parent à dénigrer ou minimiser l'expression des besoins affectifs de l'enfant.
<i>Inversion des rôles.</i> Tentatives de rendre l'enfant responsable de la protection ou du bien-être du parent.
<i>Pression pour la réussite.</i> Pression exercée sur l'enfant pour qu'il atteigne un certain statut ou qu'il réussisse (à l'école ou dans les sports p. ex.).
<i>Négligence.</i> Tendance du parent à être inaccessible, même lorsque physiquement présent.
<b>États d'esprit reliés aux catégories d'attachement adulte</b>
<b>Attachement autonome</b>
<i>Cohérence du discours.</i> Capacité à reconnaître, intégrer et rapporter des expériences affectives passées de façon claire, succincte, crédible et fluide.
<i>Métacognition.</i> Autorégulation de la pensée manifeste par une capacité à réfléchir et évaluer ses souvenirs, pensées et sentiments relatifs à l'attachement ou encore à réfléchir aux contradictions inhérentes au discours, à la présence possible de biais ou à la faillibilité de la mémoire personnelle.
<i>Cohérence de la pensée.</i> Capacité à réfléchir sur des questions reliées à l'attachement en fonction d'un système de croyances répondant au principe de réalité (tangibile/intangible, causalité, rapport espace/temps) et cohérent par rapport à la culture ou la société dans laquelle vit l'individu.
<b>Attachement détaché</b>
<i>Idéalisation.</i> Présentation d'une vision positive des figures d'attachement qui n'est pas corroborée par des souvenirs épisodiques conséquents (p. ex., le rappel d'expériences de rejet accompagné de références à des parents « fantastiques » ou « excellents »).
<i>Absence de souvenir.</i> Insistance sur l'incapacité à se remémorer son enfance et ses expériences affectives passées, dans le but notamment de bloquer le discours ou d'empêcher l'interviewer d'investiguer davantage sur le sujet.
<i>Dénigrement.</i> Dévalorisation ou mépris des expériences d'attachement et de leur importance se manifestant par une tendance à présenter comme risible ou inutile l'attention qui leur est accordée.
<b>Attachement préoccupé</b>
<i>Colère.</i> Expressions de colère à l'égard du parent se manifestant par la présence de distorsions dans le discours au sujet des expériences d'attachement (erreurs grammaticales, phrases excessivement longues, confuses ou non pertinentes, etc.), une tendance à s'emporter en parlant des expériences affectives, à blâmer le parent, le citer ou s'adresser à lui comme s'il était présent ou encore à rechercher l'approbation de l'interviewer au sujet d'incidents impliquant le parent.
<i>Passivité.</i> Style de discours vague et confus marqué par l'usage d'expressions vides de sens.
<b>Attachement non résolu</b>
<i>Deuil non résolu.</i> Désorganisation/désorientation se manifestant par des écarts dans la cohérence de la pensée, du discours ou du comportement en lien avec la perte de personnes significatives.
<i>Trauma non résolu.</i> Désorganisation/désorientation se manifestant par des écarts dans la cohérence de la pensée, du discours ou du comportement en lien avec l'expérience d'un événement traumatique.

<sup>2</sup> La description des échelles de l'EAA ici présentée est limitée pour les fins de la présente thèse et ne contient qu'une information parcellaire du système de codification de l'entrevue, dont l'application requière une formation spécialisée. Pour une présentation plus complète et détaillée des échelles et de leur codification, se référer au manuel de l'instrument (Main et al., 2003).

La validité et la fidélité de l'EAA sont bien établies dans la documentation (voir Hesse, 2008, pour un résumé). Le système de classification montre une bonne fidélité test-retest sur des périodes allant jusqu'à 12 mois ainsi qu'une bonne validité discriminante avec l'intelligence verbale, la mémoire autobiographique et la désirabilité sociale (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1993; Waters, Crowell, Treboux, O'Connor, Posada & Golby, 1993). Tous les entretiens ont été enregistrés sur support audio et retranscrits par des assistantes de recherche du laboratoire. La codification a été effectuée par trois évaluateurs indépendants qui n'avaient aucune information sur les participants et les objectifs de l'étude (deux formés par M. Main et un par D. Pederson, des experts dans le domaine). Comme l'entente sur une classification à quatre catégories (calculée sur 28% des entrevues) n'était que de 53% ( $\kappa = 0,26$ ), ce qui est un faible taux d'accord, les classifications n'ont pas été incluses dans les analyses subséquentes. Pour ce qui est des échelles, la fidélité interjuge a été examinée par le biais de corrélations intra-classe (CIC) entre les scores des codeurs. Seules les échelles dont le coefficient de CIC était supérieur à 0,50<sup>3</sup> et la moyenne supérieure à 2<sup>4</sup> ont été retenues pour les analyses, soit les échelles soutien affectif (mère/père), rejet (mère/père), idéalisation (mère), absence de souvenir et deuil non résolu. Les CIC pour chaque échelle retenue sont présentés dans le tableau 2.2. Afin de regrouper les échelles similaires et de réduire le nombre de variables à l'étude, les associations entre les échelles ont été examinées et les coefficients significatifs obtenus variaient de 0,26 à 0,57 ( $Md = 0,39$ ). Une analyse en composantes principales à rotation Varimax a été effectuée (donnant une solution à trois facteurs), mais celle-ci n'a pas été retenue en raison de l'absence d'interprétation conceptuellement intéressante. Enfin, en raison des corrélations significatives entre les variables soutien affectif mère et soutien affectif père ( $r = 0,57$ ) ainsi qu'entre idéalisation mère et absence de souvenir ( $r = 0,49$ ), les scores de ces échelles ont été combinés pour former deux scores composites, soit soutien affectif et idéalisation/absence de souvenir.

<sup>3</sup> Ce critère a été établi à 0,50 afin de suivre les recommandations de Nunnally (1967), qui considère ce seuil comme étant le critère minimal pour débiter une recherche.

<sup>4</sup> Nous avons choisi d'exclure les échelles ayant une moyenne inférieure à 2 en raison de la faible variance des données et pour suivre la même procédure que celle suivie par Bernier et ses collègues (2007).



**Tableau 2.2**  
Coefficients de corrélation intra-classe entre les  
scores des codeurs pour les échelles de l'EAA

Échelles EAA	R
Soutien mère	0,85**
Soutien père	0,80**
Rejet mère	0,59**
Rejet père	0,55**
Idéalisation mère	0,51*
Absence de souvenir	0,59**
Deuil non résolu	0,60**

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

*Symptômes intériorisés.* Les symptômes intériorisés à l'âge adulte ont été évalués à l'aide d'une version française du ASR (Achenbach & Rescorla, 2003), un questionnaire similaire au CBCL qui est destiné aux adultes (18-59 ans). Constitué de 126 énoncés énumérant une étendue de pensées, sentiments et comportements, le répondant doit indiquer le degré auquel chacun le décrit bien sur une échelle allant de 0 (faux ou ne s'applique pas) à 2 (toujours ou souvent vrai). Comme le CBCL, cet instrument permet d'évaluer la symptomatologie psychiatrique en distinguant les dimensions intériorisée et extériorisée des symptômes. Nous n'utilisons ici que les scores de symptômes intériorisés, soit ceux aux échelles anxiété/dépression, somatisation et retrait social ainsi que le score total de symptômes intériorisés, qui est calculé à partir de l'addition de ces trois dernières. Pour chacune de ces variables, les scores bruts ont été convertis en scores standardisés. L'usage du ASR est très répandu et sa validité ainsi que sa fidélité test-retest (pour toutes les échelles, moyenne de 0,88 après 7 jours) ont été démontrées dans plusieurs études, autant auprès de populations cliniques que normatives (Achenbach & Rescorla, 2003; Ferdinand, van der Reijden, Verhulst, Nienhuis & Gield, 1995; Verhulst & van der Ende, 1995). Dans la présente étude, l'analyse des alphas de Cronbach pour chaque échelle utilisée révèle une cohérence interne adéquate et similaire à ce qui a été obtenu par les auteurs de l'instrument (symptômes intériorisés = 0,89, anxiété/dépression = 0,87, retrait = 0,72), sauf pour l'échelle de somatisation qui présente une cohérence interne plus faible (0,68).

*Conscience émotionnelle.* Pour mesurer les déficits de conscience émotionnelle, nous avons utilisé le TAS-20 (Bagby, Parker & Taylor, 1994), un instrument auto-administré fréquemment utilisé dans les études sur l'alexithymie. Constitué de 20 énoncés évalués sur une échelle à cinq points (1 = fortement en désaccord, 5 = fortement en accord), le TAS-20 permet d'évaluer trois composantes en plus du score global de conscience émotionnelle (qui représente la somme des trois sous-échelles) : la difficulté à identifier ses émotions, la difficulté à décrire ses émotions et la pensée pragmatique. La première composante est constituée de sept énoncés évaluant la difficulté à identifier ses émotions et à distinguer celles-ci de ses sensations corporelles (ex. : « Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère »). La seconde composante est constituée de cinq énoncés évaluant la difficulté à décrire ses émotions aux autres (ex. : « J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments »). La troisième composante, soit la pensée pragmatique, n'est pas utilisée dans la présente thèse, non seulement parce qu'elle possède une moins bonne cohérence interne que les deux autres composantes (0,66 vs. 0,78 et 0,75 respectivement) et qu'elle corrèle faiblement avec celles-ci (Bagby et al., 1994), mais surtout parce que les deux autres échelles, qui mesurent les difficultés à identifier et décrire ses émotions, constituent des meilleurs indicateurs du concept de conscience émotionnelle. Le TAS-20 possède de bonnes qualités psychométriques. Les auteurs de l'outil rapportent une cohérence interne de 0,81, une fidélité test-retest de 0,77 sur une période de 3 semaines et sa validité convergente et discriminante a été démontrée dans plusieurs études (Bagby et al., 1994; Bagby & Taylor, 1997; Taylor & Bagby, 2000). Dans la présente étude, l'analyse des alphas de Cronbach pour chaque échelle utilisée révèle une cohérence interne adéquate et similaire à ce qui a été obtenu par les auteurs de l'instrument (conscience émotionnelle = 0,77, difficulté à identifier ses émotions = 0,70, difficulté à décrire ses émotions = 0,70). L'instrument a été traduit et validé en français (Loas, Otmani, Verrier, Fremaux & Marchand, 1996; Loas, Parker, Otmani, Verrier & Fremaux, 1997).

## CHAPITRE III

### RÉSULTATS

#### 3.1 Analyses préliminaires

Les données du présent échantillon ont d'abord été examinées dans le but de vérifier la présence de cas extrêmes. Cette exploration a permis de détecter quatre participants présentant des données aberrantes sur le plan des symptômes intériorisés ou de la conscience émotionnelle, lesquels ont été exclus des analyses subséquentes. Des analyses descriptives ont ensuite été effectuées afin d'examiner les caractéristiques de l'échantillon en termes de patrons d'attachement, de symptomatologie intériorisée et de conscience émotionnelle. Le tableau 3.1 présente la distribution des modèles d'attachement à l'enfance tels que mesurés par la PSR. Le tableau 3.2 présente les moyennes, écarts types et intervalles de l'échantillon pour les variables d'attachement adulte mesurées par l'EAA et le tableau 3.3 ceux des symptômes intériorisés et de la conscience émotionnelle mesurés par le ASR et le TAS-20.

**Tableau 3.1**  
Distribution de l'échantillon en fonction des  
modèles d'attachement à l'enfance

Modèle d'attachement	<i>N</i>	%
Sécurisant (B)	36	59
Évitant (A)	9	15
Ambivalent (C)	8	13
Désorganisé/contrôlant (D)	8	13
Total	61	100



**Tableau 3.2**  
Scores moyens d'expériences et d'états d'esprit d'attachement adulte

	Moyenne	É.T.	Étendue
Soutien affectif <sup>a</sup>	3,84	1,60	0,8 - 8,8
Rejet mère	2,66	1,74	0 - 8,5
Rejet père	2,88	1,76	0 - 9
Idéalisation/absence de souvenir <sup>b</sup>	2,80	1,43	1 - 6,25
Deuil non résolu	2,39	1,70	0 - 6,25

*Note.* Les échelles vont de 0 (caractéristique absente) à 9 (caractéristique omniprésente).

<sup>a</sup> Score composite représentant la moyenne des scores obtenus sur les échelles soutien mère et soutien père. <sup>b</sup> Score composite représentant la moyenne des scores obtenus sur les échelles idéalisation et absence de souvenir.

**Tableau 3.3**  
Scores moyens de symptômes intériorisés et de conscience émotionnelle

Variables	Moyenne	É.T.	Intervalle
<b>À l'enfance</b>			
Symptômes intériorisés (CBCL) <sup>a</sup>	57,46	8,58	38
Anxiété/dépression <sup>b</sup>	57,70	7,61	25
Somatisation <sup>b</sup>	55,00	7,00	25
Retrait social <sup>b</sup>	58,77	6,97	31
<b>À l'âge adulte</b>			
Symptômes intériorisés (ASR) <sup>a</sup>	55,80	9,20	41
Anxiété/dépression <sup>b</sup>	57,95	7,17	26
Somatisation <sup>b</sup>	56,16	5,88	22
Retrait social <sup>b</sup>	55,30	7,17	27
Conscience émotionnelle (TAS-20) <sup>c</sup>	47,18	10,07	36
Difficulté à identifier ses émotions <sup>d</sup>	15,43	4,52	19
Difficulté à décrire ses émotions <sup>d</sup>	13,62	4,33	16

<sup>a</sup> Scores standardisés; seuil clinique  $\geq 64$ . <sup>b</sup> Scores standardisés; seuil clinique  $\geq 71$ . <sup>c</sup> Scores bruts; seuil clinique  $\geq 61$ . <sup>d</sup> Scores bruts.

Les données de l'échantillon ont également été analysées dans le but de vérifier la normalité des distributions, ce qui a permis de constater la présence de variables anormalement distribuées. Pour réduire l'asymétrie et améliorer la normalité, des transformations logarithmiques ont été effectuées sur les variables retrait social et anxiété/dépression mesurées à l'enfance ainsi que sur les variables revenu annuel, anxiété/dépression et somatisation mesurées à l'âge adulte. De plus, compte tenu d'un effet plancher et de l'absence de variance, certaines variables ont été dichotomisées, soit la

variable somatisation mesurée à l'enfance ainsi que les variables retrait social et rejet (mère) mesurées à l'âge adulte. En raison de la nature normative de notre échantillon, la dichotomisation des variables somatisation et retrait social a été faite en fonction des normes limites fournies dans le manuel de l'instrument (soit  $\geq 67$  pour la somatisation et  $\geq 65$  pour le retrait social). Enfin, la dichotomisation de la variable rejet a été faite en fonction de la présence ou de l'absence de la caractéristique évaluée.

Des analyses ont ensuite été conduites afin de vérifier si les variables dépendantes à l'âge adulte (soit les symptômes intériorisés et la conscience émotionnelle) variaient en fonction des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (sexe, niveau de scolarité, type d'occupation, lieu de résidence, relation de couple). Des analyses de variance (ANOVAs) et de corrélation n'ont montré aucun lien significatif entre les caractéristiques sociodémographiques et les variables de symptômes intériorisés et de somatisation. Pour l'anxiété/dépression, seul le niveau de scolarité était significativement différent ( $F[1,59] = 5,92; p < 0,05$ ). Les participants ayant un niveau d'étude secondaire rapportaient plus de symptômes d'anxiété/dépression<sup>1</sup> ( $M = 1,78; \acute{E}.T. = 0,05$ ) que ceux ayant un niveau postsecondaire ( $M = 1,75; \acute{E}.T. = 0,05$ ). Enfin, des analyses de test-*t* et de khi-carré sur la variable retrait social n'ont révélé aucune différence significative en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, seule la scolarité a été introduite comme covariable dans les analyses subséquentes portant sur l'anxiété/dépression.

Des ANOVAs et analyses de corrélation ont également été effectuées sur les échelles du TAS-20 afin d'identifier des covariables potentielles. Sur le plan des difficultés à identifier ses émotions, aucune association significative n'a été observée avec les caractéristiques sociodémographiques. Pour la difficulté à décrire ses émotions, seul l'âge des participants s'est avéré significativement corrélé ( $r = -0,31; p < 0,05$ ). Enfin, pour la conscience émotionnelle, le sexe des participants, leur niveau de scolarité et leur type d'occupation différaient significativement ( $F$  entre 5,32 et 6,92;  $p < 0,05$ ). Les participants de sexe masculin ( $M = 51,23; \acute{E}.T. = 9,60$ ), ceux de niveau secondaire ( $M = 51,00$ ;

---

<sup>1</sup> Variable normalisée à l'aide d'une transformation logarithmique.

$\bar{E}.T. = 9,94$ ) et ceux sur le marché du travail ou l'aide sociale ( $M = 49,56$ ;  $\bar{E}.T. = 9,84$ ) avaient un plus grand déficit de conscience émotionnelle que les participants de sexe féminin ( $M = 44,79$ ;  $\bar{E}.T. = 8,93$ ), ceux de niveau postsecondaire ( $M = 45,08$ ;  $\bar{E}.T. = 8,90$ ) et ceux aux études ( $M = 44,04$ ;  $\bar{E}.T. = 8,53$ ). L'âge a donc été employé comme covariable dans les analyses subséquentes sur la difficulté à décrire ses émotions et le sexe, le niveau de scolarité ainsi que le type d'occupation comme covariables dans les analyses sur la conscience émotionnelle.

En plus des variables sociodémographiques, nous avons aussi vérifié si les variables de symptômes intériorisés à l'âge adulte variaient en fonction des symptômes intériorisés mesurés à l'enfance. Il n'y avait pas de corrélation significative entre les scores de symptômes intériorisés à l'enfance et ceux à l'âge adulte, ni entre les scores d'anxiété/dépression à l'enfance et ceux à l'âge adulte. Un test- $t$  a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre le retrait social à l'âge adulte et le retrait social à l'enfance. Par contre, une ANOVA a indiqué une différence significative pour la somatisation à l'âge adulte entre les participants ayant un niveau normal de symptômes de somatisation à l'enfance ( $M = 1,74$ ;  $\bar{E}.T. = 0,04$ ) et ceux ayant un niveau considéré clinique ( $M = 1,79$ ;  $\bar{E}.T. = 0,04$ ;  $F[1,59] = 5,81$ ;  $p < 0,05$ ). Mise à part cette variable, aucune autre variable de symptômes intériorisés à l'enfance n'a été contrôlée dans les analyses subséquentes en raison de l'absence de lien significatif avec les symptômes intériorisés à l'âge adulte dans cet échantillon.

### 3.2 Résultats relatifs aux questions de recherche

#### 3.2.1 Première question de recherche : attachement en bas âge, symptômes intériorisés et conscience émotionnelle chez l'adulte

Pour évaluer si les symptômes intériorisés à l'âge adulte différaient en fonction des patrons d'attachement à l'enfance (sécurisant, évitant, ambivalent et désorganisé), une

ANOVA a été effectuée et celle-ci n'a révélé aucune différence significative entre ces derniers (voir les valeurs statistiques dans le tableau 3.4). Par contre, des analyses de contrastes, effectuées à l'aide de tests-*t* pour tester nos hypothèses a priori, ont démontré que les participants avec un attachement ambivalent à l'enfance avaient significativement plus de symptômes intériorisés à l'âge adulte que ceux ayant un attachement sécurisant ( $t[57] = 2,09$ ;  $p < 0,05$ ). Aucune différence n'a été observée entre les participants ayant un attachement sécurisant et ceux ayant un attachement évitant ou désorganisé.

Pour vérifier si les symptômes d'anxiété/dépression et de somatisation différaient en fonction des patrons d'attachement à l'enfance, des analyses de covariance (ANCOVAs) ont été effectuées en incluant dans les analyses les covariables identifiées précédemment (voir le tableau 3.4 pour les valeurs statistiques). L'analyse principale n'a révélé aucune différence significative entre les groupes d'attachement pour l'anxiété/dépression après avoir contrôlé l'effet de la scolarité. Toutefois, les contrastes planifiés ont montré que les participants avec un attachement ambivalent à l'enfance avaient significativement plus de symptômes d'anxiété/dépression à l'âge adulte que ceux ayant un attachement sécurisant ( $t[56] = 2$ ;  $p = 0,05$ ). Aucune différence n'a été observée entre les participants ayant un attachement sécurisant et ceux ayant un attachement évitant ou désorganisé. Pour la somatisation, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes d'attachement après avoir contrôlé l'effet de la somatisation à l'enfance et les analyses de contrastes n'ont pas non plus montré de différence significative entre les groupes. Pour évaluer la correspondance entre l'attachement à l'enfance et le retrait social à l'âge adulte, une analyse de khi-carré a été réalisée avec deux groupes d'attachement (sécurisant vs. insécurisant), ce parce que les données ne respectaient pas le critère de cinq fréquences théoriques minimales par cellule qui nous aurait permis de tester l'hypothèse en utilisant les quatre groupes d'attachement comme nous l'avons fait pour les autres analyses. Cette analyse n'a montré aucune correspondance significative entre le niveau de retrait social à l'âge adulte (normal vs. limite ou clinique) et l'attachement à l'enfance. Les distributions de fréquences sont présentées dans le tableau 3.5.



**Tableau 3.4**  
Moyennes et écarts types des variables de symptômes intériorisés et de conscience émotionnelle à l'âge adulte en fonction des modèles d'attachement à l'enfance

Variables à l'âge adulte	Modèles d'attachement à l'enfance				ANOVA ou ANCOVA <i>F</i> (3,57)	Contrastes planifiés significatifs
	Évitant (A) <i>n</i> = 9 <i>M</i> ( <i>É.T.</i> )	Sécurisant (B) <i>n</i> = 36 <i>M</i> ( <i>É.T.</i> )	Ambivalent (C) <i>n</i> = 8 <i>M</i> ( <i>É.T.</i> )	Désorganisé (D) <i>n</i> = 8 <i>M</i> ( <i>É.T.</i> )		
Symptômes intériorisés	57,44 (6,73)	54,33 (8,60)	61,75 (11,00)	54,63 (11,24)	1,61	C > B *
Anxiété/dépression <sup>a</sup>	1,78 (0,05)	1,75 (0,05)	1,79 (0,06)	1,76 (0,07)	1,70	C > B *
Somatisation <sup>b</sup>	1,75 (0,02)	1,75 (0,05)	1,77 (0,06)	1,73 (0,04)	1,24	
Conscience émotionnelle <sup>c</sup>	46,17 (5,85)	46,86 (9,77)	50,83 (10,34)	45,60 (11,68)	0,57	
Difficulté à identifier émotions	14,22 (2,77)	14,86 (4,14)	18,88 (5,44)	15,88 (5,82)	2,09	C > B *
Difficulté à décrire émotions <sup>d</sup>	14,06 (2,77)	13,54 (4,49)	14,14 (4,77)	13,01 (4,96)	0,13	

<sup>a</sup>Analyses incluant la covariable scolarité, *dl* = 3, 56. Variable normalisée à l'aide d'une transformation logarithmique. <sup>b</sup>Analyses incluant la covariable somatisation à l'enfance, *dl* = 3, 56. Variable normalisée à l'aide d'une transformation logarithmique. <sup>c</sup>Analyses incluant les covariables sexe, scolarité et occupation, *dl* = 3, 54. <sup>d</sup>Analyses incluant la covariable âge, *dl* = 3, 56.  
\* *p* ≤ 0,05.

**Tableau 3.5**  
Distributions de fréquences de la variable retrait à l'âge adulte en fonction des catégories d'attachement à l'enfance

Retrait	Évitant (A)	Sécurisant (B)	Ambivalent (C)	Désorganisé (D)	Total
Oui	3	5	2	2	12
Non	6	31	6	6	49
Total	9	36	8	8	61

*Note.* Les catégories A, C et D ont été regroupées pour l'analyse de khi-carré en raison du nombre insuffisant d'effectifs théoriques par cellule,  $\chi^2(1) = 1,86$ , *ns*.

Pour vérifier si la difficulté à identifier ses émotions à l'âge adulte différait en fonction des patrons d'attachement à l'enfance (sécurisant, évitant, ambivalent et désorganisé), une ANOVA a été effectuée et celle-ci n'a révélé aucune différence significative entre les groupes d'attachement (voir le tableau 3.4 pour les valeurs statistiques). Par contre, les contrastes planifiés ont démontré que les participants avec un attachement ambivalent à l'enfance avaient significativement plus de difficultés à identifier leurs émotions à l'âge adulte que ceux ayant un attachement sécurisant ( $t[57] = 2,33$ ;  $p < 0,05$ ). Aucune différence n'a été observée entre les participants ayant un attachement sécurisant et ceux ayant un attachement évitant ou désorganisé.

Pour vérifier si la difficulté à décrire ses émotions et la conscience émotionnelle en général différaient en fonction des patrons d'attachement à l'enfance, des ANCOVAs ont été effectuées (voir le tableau 3.4 pour les valeurs statistiques). Ces analyses n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes d'attachement pour la difficulté à décrire ses émotions après avoir contrôlé l'effet de l'âge ni pour la conscience émotionnelle après avoir contrôlé l'effet du sexe, de la scolarité et de l'occupation. Enfin, aucune analyse de contraste n'a montré de différence significative entre les groupes d'attachement, que ce soit pour la difficulté à décrire ses émotions ou la conscience émotionnelle générale.



### 3.2.2 Deuxième question de recherche : représentations d'attachement adulte, symptômes intériorisés et conscience émotionnelle chez l'adulte

Pour vérifier si les représentations d'attachement étaient liées aux symptômes intériorisés et à la conscience émotionnelle à l'âge adulte, une matrice corrélacionnelle a d'abord été générée en contrôlant l'effet des covariables précédemment identifiées (voir tableau 3.6). Les analyses ont démontré que les symptômes intériorisés étaient négativement liés au soutien affectif et à l'idéalisation/absence de souvenir. L'anxiété/dépression était négativement associée à l'idéalisation/absence de souvenir. La somatisation était négativement liée à l'idéalisation/absence de souvenir. Le retrait social était associé au deuil non résolu et, enfin, la difficulté à identifier ses émotions négativement liée au soutien affectif. Aucune association n'a été trouvée entre la difficulté à décrire ses émotions ou la conscience émotionnelle et les sous-échelles de l'EAA.

Puisque la variable symptômes intériorisés était liée à plus d'une variable, une analyse de régression a été effectuée afin de vérifier la contribution unique de chaque variable impliquée. Dans cette analyse visant à déterminer les variables susceptibles de prédire les symptômes intériorisés, les variables soutien affectif et idéalisation/absence de souvenir ont été incluses simultanément comme variables prédictives. Ainsi, l'analyse montre que le soutien et l'idéalisation/absence de souvenir permettaient de prédire, chacune de façon unique, les scores de symptômes intériorisés à l'âge adulte ( $F[2,58] = 6,26, p < 0,01$ ). Le tableau 3.7 présente les valeurs statistiques du modèle, qui explique 15 % de la variance.

**Tableau 3.6**  
Matrice corrélationnelle des variables liées aux symptômes intérieurs, à la conscience émotionnelle et aux représentations d'attachement adulte

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Symptômes intérieurs	--										
2. Anxiété/dépression <sup>a</sup>	0,89**	--									
3. Somatisation <sup>b</sup>	0,62**	0,42**	--								
4. Retrait social	0,52**	0,42**	0,10	--							
5. Conscience émotionnelle <sup>c</sup>	0,47**	0,37**	0,18	0,11	--						
6. Difficulté identifier ses émotions <sup>d</sup>	0,58**	0,47**	0,33*	0,11	0,79**	--					
7. Difficulté décrire ses émotions <sup>d</sup>	0,33*	0,25†	0,07	0,03	0,80**	0,59**	--				
8. Soutien affectif	-0,31*	-0,13	-0,20	-0,15	-0,06	-0,26*	0,01	--			
9. Rejet mère	0,07	0,03	0,05	0,05	0,21	0,10	-0,05	-0,11	--		
10. Rejet père	-0,00	-0,08	-0,02	-0,07	0,02	-0,11	0,02	-0,14	0,26*	--	
11. Idéalisation/absence de souvenir	-0,27*	-0,28*	-0,33**	-0,11	-0,09	-0,10	0,03	-0,06	0,03	0,12	--
12. Deuil non résolu	0,11	0,01	0,07	0,34**	-0,01	0,01	-0,15	-0,17	0,25†	0,07	0,07

<sup>a</sup>Corrélations partielles en contrôlant l'effet du niveau de scolarité. <sup>b</sup>Corrélations partielles en contrôlant l'effet de la somatisation à l'enfance. <sup>c</sup>Corrélations partielles en contrôlant l'effet du sexe, du niveau de scolarité et du type d'occupation. <sup>d</sup>Corrélations partielles en contrôlant l'effet de l'âge.  
†  $p < 0,10$ . \*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

**Tableau 3.7**  
Coefficients de régression multiple visant à prédire les symptômes intériorisés

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>
Soutien affectif	-1,87	0,69	-0,33	-2,72**
Idéalisation/absence de souvenir	-1,85	0,77	-0,29	-2,41*

Note.  $R^2 = 0,15$ .

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

### 3.2.3 Troisième question de recherche : rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement précoce et les symptômes intériorisés chez l'adulte

Pour vérifier le rôle de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement à l'enfance et les symptômes intériorisés adultes, une analyse de médiation a été effectuée. Selon Baron et Kenny (1986), quatre conditions doivent être remplies afin de parler de médiation : 1) la VD (symptômes intériorisés) doit être significativement liée à la VI (attachement); 2) la VI doit être liée au médiateur (difficulté à identifier ses émotions); 3) la variable médiatrice (VM) doit être liée à la VD après avoir contrôlé l'effet de la VI et enfin, 4) l'effet de la VI sur la VD doit disparaître ou diminuer significativement après l'introduction du médiateur dans le modèle statistique.

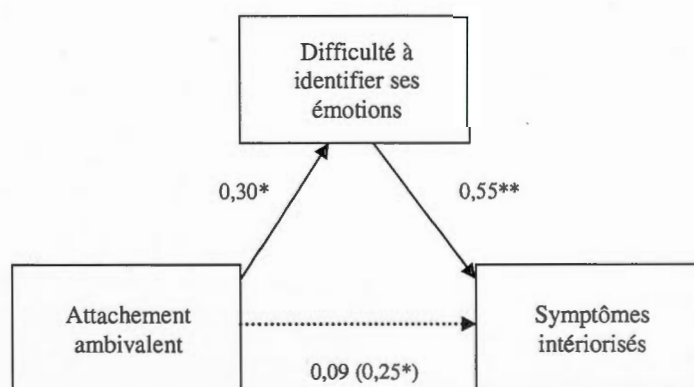
Pour tester le modèle de médiation proposé et en raison des résultats significatifs obtenus dans les analyses précédentes avec le groupe d'attachement ambivalent, les participants ont été répartis en deux groupes d'attachement : ambivalent versus autres. Des analyses corrélationnelles ont d'abord été effectuées pour vérifier si les postulats nécessaires à l'analyse de médiation étaient respectés. Des corrélations significatives entre les variables impliquées ( $r$  allant de 0,25 à 0,58) ont montré que les conditions nécessaires à l'analyse étaient présentes. L'analyse de médiation a donc été effectuée et les valeurs statistiques associées à chaque étape de cette analyse sont présentées dans le tableau 3.8. L'attachement ambivalent (en comparaison aux autres groupes combinés) avait un effet significatif sur les symptômes intériorisés ainsi que sur la difficulté à identifier ses émotions, ( $t[59] = 2,41, \beta = 0,30; p < 0,05$ ). Tel que montré au tableau 3.8, la difficulté à identifier ses émotions avait un effet significatif sur les symptômes

intériorisés même après avoir contrôlé l'effet de l'attachement, alors que l'effet de l'attachement sur les symptômes intériorisés n'était plus significatif après avoir introduit le médiateur dans le modèle. Ces résultats indiquent que la difficulté à identifier ses émotions est un médiateur total de la relation entre l'attachement ambivalent et la présence de symptômes intériorisés. Un modèle conceptuel de la médiation est illustré à la figure 3.1. Les valeurs qui y sont présentées correspondent aux corrélations entre chaque paire de variables.

**Tableau 3.8**  
Tests de médiation de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre l'attachement ambivalent et les symptômes intériorisés

	<i>B</i>	<i>ES B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>R</i> <sup>2</sup> ajusté	<i>F</i>
Modèle 1					0,05	4,04*
Attachement ambivalent	6,84	3,40	0,25	2,01*		
Modèle 2					0,32	14,80**
Attachement ambivalent	2,41	3,03	0,09	0,80		
Difficulté à identifier ses émotions	1,12	0,23	0,55	4,90**		

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .



**Figure 3.1** Modèle de médiation de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre l'attachement ambivalent en bas âge et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. \*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

Enfin, pour évaluer la signification de l'effet médiateur obtenu, nous avons eu recours à la méthode de rééchantillonnage (*bootstrap procedure*), laquelle est de plus en plus préférée au test de Sobel en raison de son absence d'hypothèse concernant la distribution des effets indirects (Hayes, 2009; Preacher & Hayes, 2004). Cette procédure est basée sur 5 000 échantillons générés aléatoirement à partir de l'échantillon initial et l'effet est considéré significatif à 0,05 si son intervalle de confiance de 95% ne comporte pas de valeur nulle. Les résultats indiquent un effet indirect significatif de -4,3679 de l'attachement ambivalent sur les symptômes intériorisés via la difficulté à identifier ses émotions (95% CI : -9,4209, -0,1082).

#### 3.2.4 Quatrième question de recherche : rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre les représentations d'attachement et les symptômes intériorisés à l'âge adulte

Pour vérifier le rôle de la conscience émotionnelle dans le lien entre les représentations d'attachement adulte et les symptômes intériorisés et en raison des résultats qui ont été obtenus dans les analyses précédentes ainsi que de l'impossibilité d'utiliser les classifications d'attachement adulte, une analyse de médiation a été effectuée avec le soutien affectif (VI), la difficulté à identifier ses émotions (VM) et les symptômes intériorisés (VD)<sup>2</sup>. Des corrélations significatives entre ces variables ( $r$  allant de 0,26 à 0,58) ont montré que les conditions nécessaires à l'analyse de médiation étaient respectées. Les valeurs statistiques associées à chaque étape de l'analyse sont présentées dans le tableau 3.9. Le soutien affectif avait un effet significatif sur les symptômes intériorisés ainsi que sur la difficulté à identifier ses émotions ( $t[59] = -2,05$ ,  $\beta = -0,26$ ;  $p < 0,05$ ). Tel que montré dans le tableau 3.9, la difficulté à identifier ses émotions avait un effet significatif sur les symptômes intériorisés même après avoir contrôlé l'effet du soutien affectif, alors que l'effet du soutien affectif sur les symptômes intériorisés n'était plus significatif après avoir introduit le médiateur dans le modèle. Ces résultats indiquent une médiation totale de la difficulté à identifier ses émotions. Un modèle conceptuel de la médiation est illustré à la figure 3.2, dans laquelle apparaissent les corrélations entre

<sup>2</sup> Ces variables ont été retenues parce qu'il s'agissait des trois seules variables d'attachement adulte, de conscience émotionnelle et de symptômes intériorisés à être significativement corrélées entre elles (voir tableau 3.6) et donc à répondre aux critères préalables à l'analyse de médiation.

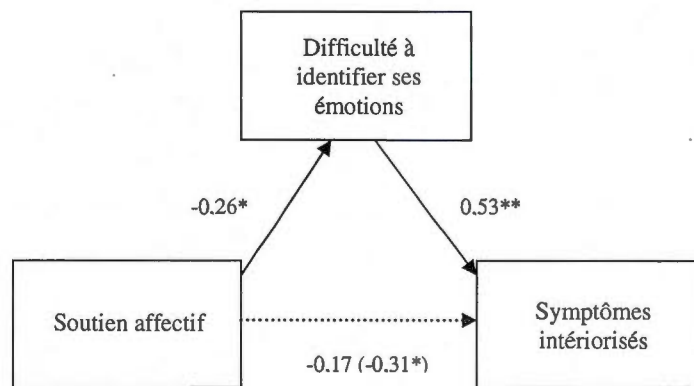


chaque paire de variables. Enfin, les résultats obtenus à l'aide de la méthode de rééchantillonnage indiquent un effet indirect de -0,8209 statistiquement significatif du soutien affectif sur les symptômes intériorisés via la difficulté à identifier ses émotions (95% CI : -1,7846, -0,0453).

**Tableau 3.9**  
Tests de médiation de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre le soutien affectif et les symptômes intériorisés

	<i>B</i>	<i>ES B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>R</i> <sup>2</sup> ajusté	<i>F</i>
Modèle 1					0,08	6,22*
Soutien affectif	-1,78	0,71	-0,31	-2,50*		
Modèle 2					0,34	16,19**
Soutien affectif	-0,99	0,63	-0,17	-1,58		
Difficulté à identifier émotions	1,08	0,22	0,53	4,88**		

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .



**Figure 3.2** Modèle de médiation de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre le soutien affectif et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. \*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .



## CHAPITRE IV

### DISCUSSION

Les résultats de la présente étude montrent que les expériences d'attachement ambivalent à l'enfance ainsi que certaines dimensions des représentations d'attachement adulte non autonome sont associées à l'occurrence de difficultés émotionnelles et intériorisées à l'âge adulte. Ils mettent également en lumière le rôle potentiel de la conscience émotionnelle, plus spécifiquement de la difficulté à identifier ses émotions, dans l'émergence de troubles intériorisés chez les individus ayant développé un lien d'attachement ambivalent ou ayant le souvenir d'un faible soutien affectif à l'enfance.

#### 4.1 Attachement à l'enfance, symptômes intériorisés et conscience émotionnelle à l'âge adulte

Le premier objectif de l'étude visait à examiner le lien entre les classifications d'attachement mesurées à l'enfance et la symptomatologie intériorisée et émotionnelle mesurée à l'âge adulte. Il était attendu qu'au moins un des groupes d'adultes ayant développé un attachement insécurisant à l'enfance (évitant, ambivalent ou désorganisé) aurait plus de symptômes intériorisés et de déficits de conscience émotionnelle que ceux ayant développé un attachement sécurisant. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse. Dans notre échantillon, les adultes ayant développé un lien d'attachement ambivalent à l'enfance manifestaient davantage de symptômes intériorisés, d'anxiété/dépression et de difficultés à identifier leurs émotions que ceux ayant développé un lien sécurisant. Ces résultats appuient l'idée selon laquelle l'attachement ambivalent est un facteur de risque

important pour le développement de symptômes intériorisés au cours de la vie (Dozier et al., 2008; Hodges, Finnegan & Perry, 1999). Ils convergent également avec les données longitudinales établissant un lien entre l'attachement ambivalent à la petite enfance et le développement de troubles anxieux à l'adolescence (Warren et al., 1997) ainsi qu'avec celles établissant un lien concomitant entre l'attachement anxieux/préoccupé et les symptômes intériorisés à l'âge adulte (Fortuna & Roisman, 2008; Myhr et al., 2004; West & George, 2002).

Différents facteurs propres aux expériences d'attachement ambivalent peuvent expliquer ces résultats. Comme la documentation l'indique, le lien d'attachement ambivalent se développe suite aux expériences avec un parent peu disponible ou prodiguant des soins inconstants, c'est-à-dire des réponses alternant entre le rejet et l'attention (Ainsworth, 1984; Bowlby, 1984; Cassidy & Berlin, 1994). Face à un parent répondant de manière inconstante, l'enfant adopte une stratégie d'hyperactivation ayant pour but d'activer les réponses de soins par le biais de l'exagération et l'amplification de la détresse. Comme la réponse du parent est peu fiable, mais demeure envisageable, l'enfant maximise l'intensité de ses signaux de détresse pour augmenter ses chances d'obtenir l'attention et le réconfort de celui-ci. Par exemple, il va exagérer l'expression de son inconfort en pleurant de manière excessive ou en manifestant une colère intense pour gagner l'attention du parent et maintenir une proximité avec lui. L'inconstance des soins prodigués empêche ainsi l'enfant de développer des stratégies efficaces pour gérer son stress et le laisse aux prises avec des émotions ambivalentes à l'égard du parent, oscillant entre la colère et le besoin de réconfort, d'où les comportements simultanés de dépendance et de résistance. Selon certains, une telle hyperactivation émotionnelle serait propice au développement de symptômes intériorisés parce que l'enfant est dans un état de vigilance chronique et éprouve des affects négatifs intenses sur lesquels son attention est focalisée (Dozier et al., 2008; Warren et al., 1997), des éléments au cœur de la dépression et des troubles anxieux (Beck, 2002; Block, Gjerde & Block, 1991; Clark & Watson, 1991). L'adoption d'une stratégie d'exagération de la détresse est également susceptible de se traduire par des hauts taux de symptomatologie auto-rapportée à l'âge adulte, dans la mesure où l'on considère l'expression de symptômes dans des questionnaires comme une forme d'appel à l'aide (Dozier & Lee, 1995). D'ailleurs, des

études ont montré que les adultes ayant un attachement préoccupé étaient enclins à rapporter plus d'émotions négatives ou à surévaluer leurs symptômes dans des questionnaires auto-administrés (Pianta et al., 1996; Roisman, Tsai & Chiang, 2004).

De plus, des expériences de soins inconstants telles que les vivent les enfants avec un attachement ambivalent engendrent de la confusion affective, ce qui est aussi propice au développement de difficultés intériorisées. Dans la perspective de Bowlby (1984), ce type d'expériences favorise le recours à la disjonction cognitive, un processus défensif permettant à l'enfant d'exclure de son système de représentations certaines informations intolérables ou douloureuses psychologiquement. Ce procédé cognitif amène l'enfant à détourner son attention en détachant ses affects de la personne ou situation interpersonnelle les ayant provoqués pour être redirigés vers une autre source, c'est-à-dire une autre situation ou personne que celle les ayant suscités. Par exemple, au lieu d'exprimer sa colère envers le parent qui est imprévisible, l'enfant peut intérioriser ses perceptions négatives et détourner son attention vers ses propres états internes afin de préserver la relation et éviter d'avoir à gérer les sentiments conflictuels qu'il éprouve à l'égard du parent. Comme les émotions sont déconnectées de leur source, celles-ci sont alors ressenties comme si elles étaient indépendantes de la personne ou situation les ayant suscitées tout en demeurant accessibles à la conscience, ce qui génère de la confusion : l'enfant se sent mal sans pouvoir en identifier la cause. Le doute et l'incertitude générés par l'impossibilité pour l'enfant d'intégrer ses expériences affectives dans un tout cohérent et unifié de représentations le placent ainsi à risque d'éprouver de la détresse psychologique, notamment des symptômes dépressifs (Bowlby, 1984; West & George, 2002). En vieillissant, ceux qui recourent à un tel procédé sont susceptibles d'être submergés par un flot incessant d'émotions négatives, de souvenirs, de ruminations et de préoccupations reliés à leurs expériences d'attachement, exacerbant leur détresse et interférant avec leur fonctionnement cognitif. Cette confusion affective est donc également propice au développement de déficits dans l'identification des émotions à l'âge adulte puisque ces individus éprouvent des affects négatifs diffus et parfois envahissants qui les empêchent de différencier les états affectifs spécifiques de leur activation émotionnelle générale (Mallinckrodt & Wei, 2005). L'état d'esprit confus qu'ils ont affecte leur capacité à

développer une conscience nuancée de leur expérience émotionnelle et engendre des difficultés dans leur capacité à identifier leurs émotions (Mikulincer & Shaver, 2008).

Enfin, les enfants dont l'attachement est ambivalent manifestent une grande dépendance sur le plan relationnel, ce qui affecte la qualité de leur exploration et conséquemment le développement de certaines aptitudes cognitives nécessaires à la conscience émotionnelle. En effet, comme leur attention est focalisée sur la mère, ils sont plus inhibés que les autres dans leur exploration, ce qui nuit au développement de la symbolisation et donc potentiellement à la capacité d'identification des émotions. Comparativement aux enfants avec un attachement sécurisant par exemple, ils ont une exploration plus restreinte de leur environnement, adoptent une attitude plus craintive par rapport à la nouveauté et interrompent plus fréquemment leurs activités pour se rapprocher de la mère (Cassidy & Berlin, 1994). Ils sont aussi moins engagés dans le jeu symbolique, plus retirés et ont davantage tendance à interagir avec le parent ou à jouer solitairement qu'à s'intéresser à leur environnement social (Cassidy & Berlin, 1994). Or, des études indiquent que les enfants qui s'engagent aisément dans des épisodes élaborés de jeu symbolique et d'interactions avec les pairs ont une meilleure compréhension des états mentaux que les autres (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Youngblade & Dunn, 1995). L'inhibition de l'autonomie et de l'exploration pourrait aussi être impliquée dans l'occurrence de symptômes intériorisés, parce que cela engendre des réponses de peur et des perceptions de soi axées sur la faiblesse et l'incompétence, lesquelles jouent un rôle important dans le développement de troubles anxieux et de l'humeur (Bandura, 1997; Barlow, 2002; Heppner, Witty & Dixon, 2004; Weems et al., 2001).

Contrairement aux adultes ayant développé un attachement ambivalent à l'enfance, ceux ayant développé un attachement évitant ne manifestaient pas plus de symptômes intériorisés ou de déficits de conscience émotionnelle que les adultes dont l'attachement était sécurisant à l'enfance. Bien que cela soit contraire aux résultats obtenus dans certaines études (DiFilipo & Overholser, 2002; van Emmichoven et al., 2003; Waller et al., 2004), différents facteurs peuvent expliquer ces données. Comme les écrits l'indiquent, le lien



d'attachement évitant se développe suite à des expériences de rejet, c'est-à-dire quand l'enfant fait l'expérience d'un parent insensible à ses signaux de détresse ou rejetant par rapport à ses demandes affectives (Ainsworth et al., 1978). Par exemple, un parent qui fait des remarques dénigrantes ou qui se montre indifférent lorsque l'enfant recherche du réconfort, exprime sa peine ou son besoin d'amour. Dans un tel contexte, l'enfant intériorise un interdit implicite des sentiments négatifs et en vient à minimiser l'expression de ses besoins affectifs pour préserver le lien avec son parent qui, autrement, serait distant et rejetant. Les enfants dont l'attachement est évitant expriment donc peu d'émotions négatives même en situation de stress, ce qui leur permet d'éviter de subir du rejet de la part du parent tout en demeurant à proximité de celui-ci en cas d'urgence ou de danger (Spangler & Grossman, 1993). À l'âge adulte, ceux-ci sont peu susceptibles de manifester des difficultés intériorisées étant donné leur propension à cacher ou minimiser l'expression de leurs vulnérabilités et émotions négatives. Des études ont d'ailleurs montré que les adultes avec un attachement évitant/détaché étaient enclins à minimiser leurs affects négatifs en présentant une image favorable de leur santé mentale et en sous-rapportant leurs symptômes (Dozier & Lee, 1995; Magai, Hunziker, Mesias & Culver, 2000; Roisman et al., 2004).

Également, il est possible que les enfants avec un attachement évitant aient peu de symptômes intériorisés dû à leur accès restreint aux affects et au fait que leur attention est détournée de la détresse. Selon Bowlby (1984), des expériences de rejet et de soins insensibles tel que le vivent ces enfants favorisent le recours à la désactivation, un processus défensif consistant à exclure de la conscience l'information relative aux besoins d'attachement en redirigeant l'attention vers d'autres sources afin d'éviter la douleur psychologique associée à l'expérience du rejet (Kobak, Cole, Ferenz-Gillies & Fleming, 1993). Par ce processus, l'enfant en vient à réprimer ses pensées, souvenirs, émotions et besoins relatifs à l'attachement pour diriger son attention vers d'autres sources ou activités qui agissent en tant que diversion, notamment le jeu ou le monde des objets (Bowlby, 1984). La désactivation permet de maintenir une distance avec les autres et ainsi éviter les conflits, rejets et déceptions reliés aux relations affectives, avec pour effet de restreindre la conscience, la reconnaissance et l'accès aux affects négatifs (Dozier & Kobak, 1992). Dans ce sens, il est possible que ces enfants soient moins sensibles au stress et vulnérables au



développement de troubles intériorisés étant donné qu'ils sont peu en contact avec leurs émotions négatives. Cet accès restreint aux affects expliquerait aussi pourquoi ils ne rapportent pas plus de difficultés sur le plan de la conscience émotionnelle à l'âge adulte : s'ils ont peu accès à ce qu'ils ressentent, ils sont donc aussi peu susceptibles de vivre des états de confusion émotionnelle qui les amèneraient à auto-rapporter des difficultés dans l'identification de leurs émotions. Par contre, on peut penser que, en situation d'inconfort ou de malaise, ces enfants seraient susceptibles de diriger leurs affects négatifs sur les autres, notamment par le biais de passages à l'acte, et de développer des troubles dans lesquels l'attention est détournée des affects, tels que les troubles extériorisés (Dozier et al., 2008). D'ailleurs, diverses études réalisées auprès de jeunes ou d'adultes ont montré des liens entre l'attachement évitant/détaché et les troubles de conduite, les problèmes addictifs ou les comportements antisociaux (Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996; Mickelson et al., 1997; Rosenstein & Horowitz, 1996; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2008).

Enfin, les enfants avec un attachement évitant manifestent beaucoup d'autosuffisance sur le plan relationnel. Ceux-ci ont tendance à développer une indépendance et une autosuffisance excessives afin de ne pas dépendre de leur figure d'attachement et subir du rejet de sa part (Alexander, 1993). Cela pourrait expliquer les faibles niveaux de symptomatologie intériorisée rapportée à l'âge adulte, puisque l'autosuffisance favorise le développement de sentiments de valeur personnelle et d'auto-efficacité (Cicchetti & Rogosch, 1997; West & George, 2002), des facteurs qui protègent contre l'émergence de l'anxiété et de la dépression notamment (Barlow, 2002; Muris, 2002; Smith & Betz, 2002). D'ailleurs, des études ont montré que les adultes ayant un attachement évitant avaient souvent une image positive d'eux-mêmes (Bartholomew, 1990; Brennan & Bosson, 1998) et que la perception positive de soi était un facteur protecteur contre le développement de troubles intériorisés (Muller, Lemieux & Sicoli, 2001). Par contre, il est possible que ces individus soient à risque de développer des troubles intériorisés dans d'autres types de conditions ou de populations que celles desquelles notre échantillon est issu. Certains auteurs suggèrent d'ailleurs que les personnes focalisant sur les réussites et dont l'estime de soi repose sur les accomplissements – comme il semble être le cas des personnes ayant un attachement évitant (Brennan & Bosson, 1998; Fraley, Davis & Shaver, 1998) – seraient plus

vulnérables aux échecs et à risque de dépression lorsque des événements menacent leur indépendance ou nuisent à l'atteinte de leurs buts. Des échecs dans des domaines tels que le travail, les finances ou la santé par exemple, pourraient constituer un facteur précipitant le développement de symptômes dépressifs chez ces individus (Blatt & Homann, 1992; Simpson & Rholes, 2006). Des chercheurs ont aussi observé des niveaux élevés de détresse psychologique chez des adultes avec un attachement évitant se trouvant dans des contextes hautement stressant (Berant, Mikulincer & Florian, 2001; Mikulincer & Florian, 1998). Ainsi, des conditions plus problématiques, notamment des populations plus âgées ou à risque que celle de laquelle notre échantillon est issu, pourraient être associées à des taux supérieurs de symptômes intériorisés chez les individus ayant un attachement évitant. D'autres études doivent cependant être conduites pour tester cette hypothèse.

Comme les participants ayant développé un lien d'attachement évitant à l'enfance, ceux ayant développé un lien désorganisé n'avaient pas plus de symptômes intériorisés ou de déficits de conscience émotionnelle à l'âge adulte que ceux dont l'attachement était sécurisant. Bien que ces résultats soient surprenants, compte tenu des études établissant un lien entre la désorganisation et les symptômes intériorisés (Brumariu & Kerns, 2010; Carlson, 1998; Moss, Bureau, Cyr, Mongeau & St-Laurent, 2004), certaines hypothèses peuvent expliquer ces résultats. Comme les écrits l'indiquent, l'attachement désorganisé se développe suite à l'expérience répétée de soins imprévisibles avec un parent suscitant la peur, soit un parent hostile, abusif ou absent psychologiquement (Main & Hesse, 1990). Avec ce type d'expériences, l'enfant ne peut développer de stratégie cohérente pour gérer sa détresse et satisfaire ses besoins affectifs, puisque la personne qui est censée le réconforter et le protéger est aussi celle qui exacerbe sa peur. Celui-ci est donc aux prises avec des affects négatifs intenses qu'il ne peut réguler à l'intérieur de la relation avec son parent, un paradoxe insoluble qui le laisse sans option viable pour apaiser sa détresse, d'où l'adoption simultanée de comportements inhabituels et contradictoires d'approche et de fuite (approche avec la tête détournée, immobilité soudaine, expression hébétée, etc.). Selon Liotti (1992, 1999), ce type d'expériences favorise l'usage de la dissociation, un moyen de dernier recours ayant pour but la régulation des affects par le détachement avec la réalité et le repli sur le monde intérieur. Dans cette perspective, les enfants avec un attachement désorganisé seraient plus enclins à

développer des psychopathologies impliquant une perte de contact avec la réalité, tels que des troubles dissociatifs par exemple (Carlson, 1998; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997; West, Adam, Spreng & Rose, 2001).

Également, il est possible que l'attachement désorganisé favorise le développement de symptômes intériorisés uniquement en présence d'événements engendrant une désorganisation et que les participants de notre échantillon n'aient pas été confrontés à de tels événements, ce qui expliquerait les faibles taux de symptomatologie rapportée. Selon Bowlby (1984), des expériences avec un parent suscitant la peur et dont la présence engendre une activation chronique du système d'attachement favorisent le recours à la ségrégation, un processus défensif consistant à exclure de la conscience toute information relative à l'attachement. Bien que ce procédé vise à exclure définitivement l'information de la conscience, des fragments d'information ségrégée peuvent ressurgir lorsque l'environnement réactive des souvenirs associés aux expériences passées, ce qui peut conduire à l'envahissement affectif et à la désorganisation. Dans cet ordre d'idées, les enfants avec un attachement désorganisé pourraient fonctionner adéquatement à l'âge adulte et ne pas éprouver de difficultés particulières en l'absence d'événements ou d'éléments réactivant leurs souvenirs, pensées ou sentiments reliés à l'attachement, ce qui est peut-être le cas de nos participants.

Enfin, des raisons méthodologiques reliées à l'hétérogénéité de ce groupe pourraient expliquer les résultats obtenus dans notre étude. L'attachement désorganisé est une classification constituée de trois sous-groupes : contrôlant-attentionné, contrôlant-punitif et insécurisant-autre. Dans notre échantillon, deux participants étaient classifiés dans le sous-groupe contrôlant-attentionné, trois dans contrôlant-punitif et trois autres dans insécurisant-autre. Or, la recherche indique que ces sous-groupes sont associés à des profils psychopathologiques différents, ce qui expliquerait pourquoi la classification générale n'était pas associée à la présence de symptômes intériorisés. Par exemple, une étude de Moss, Cyr et Dubois-Comtois (2004) montre que les enfants ayant un attachement désorganisé de type contrôlant-attentionné sont plus enclins à développer des symptômes intériorisés que ceux



ayant un attachement désorganisé de type contrôlant-punitif ou insécurisant-autre et que l'attachement de type contrôlant-punitif (mais pas les autres types) prédispose à l'apparition ultérieure de troubles extériorisés. Dans cette optique, il serait pertinent de répliquer nos résultats sur un échantillon suffisamment large pour permettre d'effectuer des analyses par sous-groupe d'attachement désorganisé et, ainsi, avoir une idée plus juste du lien entre la désorganisation et la symptomatologie intériorisée.

Les patrons d'attachement à l'enfance n'ont pas permis de prédire la présence des autres symptômes et difficultés évalués à l'âge adulte dans notre étude. Tout d'abord, il n'y avait aucune différence significative entre les groupes d'attachement en ce qui a trait à la somatisation à l'âge adulte, un résultat contraire à ce qui était attendu. Un des éléments pouvant expliquer ce résultat est le fait que la somatisation puisse être tributaire d'autres facteurs que l'attachement à l'enfance, comme l'expérience passée de maladie ou de comportements parentaux particuliers en regard de la santé (voir Stuart & Noyes, 1999 pour une revue des études appuyant cette hypothèse). Par exemple, une étude longitudinale de Hotopf, Mayou, Wadsworth et Wessely (1999) a établi un lien entre la somatisation à l'âge adulte et certaines expériences négatives à l'enfance, dont la présence de maladie chez les parents. D'autres études ont montré une forte prévalence d'expériences traumatiques passées, spécialement l'abus sexuel, chez des adultes rapportant des plaintes somatiques (Barsky, Wool, Barnett & Cleary, 1994; Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones & Drake, 1993; Fillingim, Wilkinson & Powel, 1999). Comme le suggèrent Stuart et Noyes (1999), la somatisation à l'âge adulte pourrait en fait résulter d'une interaction complexe entre certaines expériences à l'enfance (incluant des relations d'attachement insécurisant, l'expérience de la maladie dans la famille ou l'exposition au trauma) et les réponses de l'environnement social aux comportements adoptés par l'adulte en regard de la santé. Enfin, des raisons méthodologiques liées à l'instrument de mesure utilisé pourraient aussi expliquer nos résultats. Le ASR n'est pas un outil spécialisé dans l'évaluation de la somatisation et celui-ci ne permet pas de différencier les symptômes qui ont une cause médicale réelle de ceux qui n'en ont pas. Ainsi, il serait utile de répliquer nos résultats en utilisant un outil plus spécialisé comme le *Somatic Scale for Brief Symptom Inventory* par exemple.

Dans le même ordre d'idées, aucun des modèles d'attachement à l'enfance n'était significativement lié au retrait social à l'âge adulte, soit à la présence de timidité et de comportements de repli. Cela est contraire aux données établissant un lien entre l'attachement ambivalent/préoccupé et le retrait ou la solitude à l'enfance et à l'âge adulte (Berlin, Cassidy & Belsky, 1995; Hazan & Shaver, 1987; Renken, Egeland, Marvinney, Mangelsdorf & Sroufe, 1989). Encore une fois, il est possible que des raisons méthodologiques soient à l'origine des résultats obtenus. En effet, en raison de la faible variance de nos données pour la variable retrait, nous avons été forcé d'utiliser un score dichotomique pour quantifier cette dernière, ce en utilisant un point de coupure clinique. Or, il est possible que le recours à des scores continus soit plus en mesure de détecter des effets, surtout dans une population normative comme celle de laquelle notre échantillon est issu où les individus risquent peu d'obtenir des scores atteignant les seuils cliniques. Ainsi, le recours à des scores continus ou encore à un échantillon plus large conduirait peut-être à des résultats différents. Mentionnons également le fait que les analyses effectuées avec l'échelle de retrait social du questionnaire d'Achenbach dans les études utilisant cet instrument sont plus rarement significatives que celles conduites à partir des autres échelles de l'outil.

Enfin, ni la difficulté à décrire ses émotions, ni le score total de conscience émotionnelle mesurés à l'âge adulte n'étaient significativement liés à l'attachement à l'enfance, un résultat contraire à nos prédictions. Un élément pouvant expliquer ce résultat est le fait que les habiletés verbales des participants puissent interférer avec leur capacité à décrire leurs émotions ainsi qu'avec la conscience émotionnelle, dont le score inclut celui de la capacité à décrire ses émotions. En effet, de faibles habiletés verbales pourraient nuire à la capacité des individus à décrire avec nuance leurs émotions, ce qui affecterait leur capacité à décrire ces dernières. Certaines études établissent d'ailleurs un lien entre le niveau d'éducation et la capacité des individus à être conscients de ce qu'ils ressentent. Par exemple, les études de Evren, Evren, Dalbudak, Ozcelik et Oncu (2009) et de Salminen et ses collègues (1999) ont trouvé un taux supérieur d'alexithymie chez les adultes moins scolarisés, ce qui est similaire aux résultats que nous avons obtenus. Il est également possible que la capacité à décrire ses émotions soit influencée par des variables culturelles étant donné que l'expression verbale des émotions est grandement influencée par les attitudes culturelles



prévalant au sein des groupes (Mesquita & Frijda, 1992). Enfin, des auteurs ont souligné le fait que les analyses effectuées avec l'échelle d'identification des émotions du TAS sont plus souvent significatives que celles effectuées avec le score total de conscience émotionnelle de l'outil (Deary et al., 1997).

Bref, ni la somatisation, le retrait, la difficulté à décrire ses émotions ou la conscience émotionnelle à l'âge adulte n'était significativement associé aux patrons d'attachement à l'enfance dans notre échantillon. Cependant, rappelons qu'aucune autre étude n'a encore examiné de manière prospective le lien entre l'attachement à l'enfance et ces variables à l'âge adulte. D'autres études sont donc nécessaires pour tirer des conclusions satisfaisantes sur le lien entre celles-ci.

#### 4.2 Représentations d'attachement, symptômes intériorisés et conscience émotionnelle à l'âge adulte

Le second objectif de notre étude visait à examiner le lien entre les représentations d'attachement, la symptomatologie intériorisée et la conscience émotionnelle mesurées à l'âge adulte. Il était attendu que les adultes ayant un état d'esprit d'attachement autonome auraient moins de symptômes intériorisés et de déficits de conscience émotionnelle que ceux ayant au moins un des états d'esprit d'attachement non autonome. Cette hypothèse n'a pu être vérifiée en raison du faible accord interjuge sur la classification d'attachement adulte obtenu dans notre échantillon. Cependant, les résultats obtenus à l'aide des échelles de l'EAA, bien que partagés, permettent de confirmer en partie cette hypothèse. En effet, certaines échelles de l'EAA propres aux états d'esprit d'attachement non autonome ont été associées à nos variables dépendantes, soit aux symptômes intériorisés, à l'anxiété/dépression, à la somatisation, au retrait et à la difficulté à identifier ses émotions.

Tout d'abord, nos résultats ont montré un lien entre le rappel d'expériences de faible soutien affectif à l'enfance et la présence de difficultés intériorisées et d'identification des

émotions à l'âge adulte. Ainsi, plus les individus rapportaient des expériences de soutien affectif, c'est-à-dire qu'ils se rappelaient avoir eu des parents aimants, affectueux, dévoués et disponibles en cas de besoin, moins ils manifestaient de difficultés émotionnelles et intériorisées dans leur vie adulte. Bien que l'échelle de soutien de l'EAA ne puisse être considérée comme un équivalent de l'état d'esprit autonome, elle témoigne néanmoins d'expériences favorisant le développement de la sécurité d'attachement telle que celle-ci est comprise par les chercheurs du domaine (Ainsworth et al., 1978). Certaines données obtenues à l'aide de l'EAA indiquent d'ailleurs que les adultes avec un attachement sécurisant obtiennent des scores plus élevés à cette échelle (Bernier, Larose & Boivin, 2007). Dans ce sens, si nos résultats ne permettent pas de répondre entièrement à notre question de recherche, ils vont toutefois dans la direction de notre hypothèse. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné l'occurrence des symptômes intériorisés en lien avec le rappel de soutien affectif tel qu'il est évalué par l'EAA. Cependant, des études conduites auprès d'adolescents et d'adultes ont établi un lien entre la perception ou le rappel de faibles niveaux d'affection et de soin parental et diverses formes de symptomatologie intériorisée (Cassidy et al., 2009; Chambers, Power & Durham, 2004; Muris, Meester & van den Berg, 2003; Vogel, Stiles & Nordahl, 1997). Également, le rappel d'un faible soutien affectif de la part du père (De Rick & Vanheule, 2006), d'un sentiment d'insécurité émotionnelle (Berenbaum & James, 1994) ou d'un faible partage émotionnel au sein de la famille (Lumley, Mader, Gramzow & Papineau, 1996) a été associé à la difficulté à identifier ses émotions à l'âge adulte. Différentes pistes explicatives peuvent être avancées pour expliquer le lien entre l'expérience de faible soutien affectif à l'enfance, les déficits de conscience émotionnelle et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. L'hypothèse que nous proposons est présentée et discutée dans la section 4.4 du présent chapitre.

Nos résultats ont également montré que l'idéalisation et l'absence de souvenir permettaient d'expliquer les scores de symptômes intériorisés, d'anxiété/dépression et de somatisation à l'âge adulte. Plus précisément, la tendance à idéaliser la mère et l'absence de souvenirs relatifs aux expériences relationnelles passées étaient liées à de faibles taux de symptômes intériorisés dans notre échantillon. Bien que ces résultats appuient ceux obtenus par Fonagy et ses collègues (1996) – qui ont montré que l'idéalisation des parents et

l'insistance sur l'absence de souvenirs étaient négativement associées à la dépression et à l'anxiété respectivement – ils sont contraires à ce qui était attendu dans la présente étude. Certaines hypothèses peuvent néanmoins être avancées pour expliquer ces liens. Dans l'EAA, les échelles idéalisation et absence de souvenir évaluent l'étendue avec laquelle l'adulte insiste sur le fait qu'il ne se souvient plus de son passé relationnel ou présente celui-ci de manière idéalisée, c'est-à-dire de façon qui n'est pas corroborée par des souvenirs épisodiques conséquents. Les individus qui ont des scores élevés à ces échelles sont généralement classifiés comme ayant un état d'esprit détaché en regard de l'attachement et leur discours révèle souvent une histoire marquée par le rejet. Selon certains, un tel état d'esprit résulterait d'une désactivation, soit l'exclusion défensive des émotions et souvenirs reliés à l'attachement (Bowlby, 1984; Kobak, 1989/1993). Le fait de maintenir une image positive du parent et des relations avec celui-ci en excluant de la conscience toute perception ou souvenir négatif pourrait être une façon de se protéger contre les affects douloureux générés par l'expérience du rejet (Cassidy & Kobak, 1988; Mikulincer, Shaver, Cassidy & Berant, 2009). Ainsi, ces individus seraient moins enclins à manifester des symptômes intériorisés étant donné leur accès restreint à leurs souvenirs de rejet et aux émotions négatives les accompagnant. Enfin, il est également possible que ceux-ci rapportent moins de symptômes en raison de leur propension générale à idéaliser la réalité ou à présenter une image favorable de leur état de santé. Comme il l'a été mentionné précédemment, les individus avec un attachement évitant ou détaché ne sont pas portés à se présenter dans leurs vulnérabilités et ont plutôt tendance à sous-rapporter leurs symptômes (Dozier & Kobak, 1992; Dozier, Stevenson, Lee & Velligan, 1991), ce qui pourrait expliquer les résultats ici obtenus.

Enfin, nos résultats ont montré une association entre le deuil non résolu et le retrait social. Divers facteurs peuvent expliquer ces résultats. Dans l'EAA, le deuil non résolu est évalué en fonction du degré de désorganisation/désorientation se manifestant par des écarts dans la cohérence de la pensée, du discours ou du comportement en lien avec la perte de personnes significatives (Main et al., 2003). Cela peut se traduire par la présence d'une croyance selon laquelle la personne décédée est toujours vivante (au sens physique), par des changements soudains dans le ton du discours ou encore par le fait que l'individu perde le fil

de sa pensée au moment de parler de la perte. Les indices de désorganisation et de désorientation manifestes à travers ces écarts momentanés du discours sont considérés résulter d'un niveau élevé d'absorption dans des états mentaux dissociés et déconnectés du réel (Liotti, 2004; Hesse & Main, 2000) ou d'intrusion de souvenirs qui n'ont pas été intégrés adéquatement (Hesse & Main, 2000). Selon certaines données, les personnes dont le deuil n'est pas résolu manifestent plusieurs des mêmes symptômes que ceux observés chez les personnes vivant un trouble de deuil prolongé (Neimeyer, Holland & Currier, 2008), dont des accès récurrents d'engourdissement, de détachement, de dépersonnalisation et de déréalisation. De plus, les personnes endeuillées peuvent parfois être envahies par des affects intenses pouvant nuire à leur vie sociale, que ce soit la colère, l'impuissance ou la tristesse. Elles sont souvent nostalgiques et ont du mal à imaginer leur vie sans la présence de la personne décédée (Bowlby, 1984); souffrent fréquemment d'irritabilité, de colère et d'amertume (Thomson, 2010), autant d'éléments susceptibles d'affecter la qualité des liens sociaux et ainsi favoriser le retrait. Des études révèlent d'ailleurs des taux supérieurs d'isolement et de solitude chez les personnes en deuil (Delbès & Gaymu, 2000; van Baarsen, 2002; van der Houwen, Stroebe, Stroebe, Schut, van den Bout & Meij, 2010). Enfin, il est possible que les endeuillés en viennent à s'isoler en raison de la douleur psychologique suscitée par les réponses de l'environnement face à la perte. Breen et O'Connor (2011) ont montré comment les propos qui sont tenus aux personnes endeuillées sont souvent blessants pour ces dernières et qu'ils conduisent souvent à la détérioration, voire à la terminaison des liens. Les personnes en deuil ne se sentent pas toujours comprises par les autres dans leur expérience de perte, ce qui les amène souvent à s'isoler (Riches & Dawson, 2000).

#### 4.3 Rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement à l'enfance et les symptômes intériorisés à l'âge adulte

Le troisième objectif de l'étude consistait à examiner le rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement à l'enfance et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. L'hypothèse selon laquelle la faible conscience émotionnelle expliquerait l'association entre l'insécurité d'attachement à l'enfance et les symptômes



intériorisés à l'âge adulte a été confirmée pour ce qui est du groupe d'attachement ambivalent. Dans le présent échantillon, la difficulté à identifier ses émotions médiatisait totalement le lien entre l'attachement ambivalent à l'enfance et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. Bien qu'aucune étude n'ait, à notre connaissance, examiné ce lien spécifique et de manière prospective, nos résultats appuient ceux de Mallinckrodt et Wei (2005) qui ont montré un effet médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre l'attachement anxieux et la détresse psychologique à l'âge adulte.

Ces données suggèrent que l'expérience d'un lien d'attachement ambivalent dans les premières années de la vie pourrait entraîner des déficits sur le plan de la régulation émotionnelle, soit plus particulièrement des difficultés dans l'identification des émotions, lesquelles prédisposent au développement de symptômes intériorisés. Tel que proposé précédemment (voir section 4.1), l'expérience précoce d'un lien d'attachement ambivalent est susceptible d'engendrer de la confusion affective et une dépendance relationnelle nuisant au développement de la symbolisation et, ultérieurement, à la capacité de l'enfant à développer une conscience nuancée de ses émotions. D'ailleurs, certaines données indiquent que les enfants dont l'attachement est ambivalent réfèrent moins aux états mentaux dans leur langage et manifestent de plus faibles aptitudes de compréhension émotionnelle que ceux dont l'attachement est sécurisant ou évitant (McQuaid et al., 2008; Steele, Steele & Croft, 2008). Comme ils focalisent leurs ressources sur la recherche d'attention et de réconfort, ils sont moins portés que les autres à explorer leur environnement et à s'intéresser au monde extérieur, ce qui réduit leurs opportunités d'apprendre de l'environnement et des interactions sociales dans le développement de leur compréhension émotionnelle. De plus, les stratégies d'hyperactivation émotionnelle et de disjonction cognitive auxquelles ils ont recours engendrent un état émotif négatif et confus qui interfère avec leur fonctionnement cognitif, affectant leur capacité à identifier leurs émotions et, plus globalement, leurs capacités de mentalisation (Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991).

Selon le modèle que nous proposons, les adultes ayant fait l'expérience d'un lien d'attachement ambivalent à l'enfance seraient plus enclins à développer des symptômes



intériorisés en raison des habiletés réduites dont ils disposent pour identifier leurs émotions. La documentation montre que la confusion affective et les difficultés de mentalisation sont des facteurs importants impliqués dans l'émergence et le maintien de troubles intériorisés, que ce soit l'anxiété, la dépression ou la somatisation. En effet, la difficulté dans l'identification des affects entraînerait, par exemple, des difficultés à distinguer les émotions des sensations corporelles (Taylor, Bagby & Parker, 1991), ce qui serait hautement propice à l'anxiété et à la panique (Cox, Swinson, Shulman & Bourdeau, 1995; Taylor et al., 1997) ainsi qu'aux manifestations somatiques (Deary et al., 1997; Duddu et al., 2003). L'incapacité à différencier les affects susciterait aussi de l'inconfort et de la détresse psychologique propices à l'émergence de symptômes dépressifs. Diverses études ont montré que la faible conscience émotionnelle ou la difficulté à identifier et différencier ses émotions était liée à des niveaux élevés de symptômes dépressifs (Goldston, Gara & Woolfolk, 1992; Hendryx, Haviland & Shaw, 1991; Honkalampi et al., 2000). Selon une perspective fonctionnaliste – qui attribue une fonction adaptative et régulatrice aux émotions dans les processus internes et les interactions interpersonnelles (Barrett & Campos, 1987; Bretherton, Fritz, Zahn-Waxler & Ridgeway, 1986) – la capacité à identifier ses émotions protégerait contre le développement de symptômes intériorisés en aidant l'individu à contenir ses états émotionnels négatifs et à adopter des comportements adaptés en regard de ses besoins. L'accès aux émotions et la capacité à les identifier permettrait de donner un sens aux expériences, tolérer davantage la détresse associée à celles-ci et orienter de manière plus efficace les actions vers la satisfaction des besoins fondamentaux, que ce soit ceux de réconfort ou de soins par exemple (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2003; Lazarus, 1991). Dans cette optique, la difficulté à identifier ses émotions favoriserait l'émergence de symptômes intériorisés en affectant la capacité de l'individu à tolérer ses affects, leur donner un sens et orienter ses actions vers la satisfaction de ses besoins.

#### 4.4 Rôle médiateur de la conscience émotionnelle dans le lien entre les représentations d'attachement et les symptômes intériorisés à l'âge adulte

Le quatrième et dernier objectif de notre étude visait à examiner le rôle de la conscience émotionnelle dans le lien entre les représentations d'attachement et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. L'hypothèse selon laquelle la conscience émotionnelle expliquerait le lien entre les représentations d'attachement non autonome et les symptômes intériorisés n'a pu être vérifiée en raison de l'absence d'accord interjuge sur la classification d'attachement adulte. Cependant, les résultats obtenus ont montré que la difficulté à identifier ses émotions médiatisait complètement le lien entre l'expérience de faible soutien affectif à l'enfance telle qu'évoquée par les participants dans l'EAA et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. Comme nous l'avons mentionné précédemment, des scores élevés à l'échelle de soutien affectif dans l'EAA ne peuvent être interprétés comme révélant un état d'esprit autonome ou sécurisant, mais témoignent néanmoins d'expériences favorisant généralement le développement de l'attachement sécurisant. Dans cette perspective, les résultats obtenus vont dans le sens de notre hypothèse. Bien qu'aucune étude n'ait examiné le rôle spécifique de la capacité d'identification des émotions dans le lien entre le rappel de soutien affectif et la faible symptomatologie intériorisée à l'âge adulte, nos résultats concordent avec les données démontrant un effet médiateur des habiletés de régulation émotionnelle dans le lien entre la sécurité d'attachement et la santé mentale en général (Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas & Charuvastra, 2008; Creasy, 2002; Mallinckrodt & Wei, 2005).

Ces données suggèrent que des expériences de soutien affectif au début de la vie – telles qu'évoquées par les participants – favorisent le développement de capacités d'identification des émotions, lesquelles protègent contre l'émergence ultérieure de symptômes intériorisés. Dans les premières années de la vie, les échanges en face-à-face entre le parent et l'enfant entourant les signaux affectifs de celui-ci jouent un rôle crucial dans le développement, chez l'enfant, d'une représentation de ses affects (Fonagy & Target, 1997; Stern, 1984). Comme nous l'enseigne la théorie de l'attachement, les émotions

prennent d'abord la forme de sensations et d'états corporels que l'enfant exprime à son parent de façon comportementale via ses signaux de détresse (des pleurs pour exprimer la faim ou un rapprochement pour exprimer la peur p. ex.). La manière dont le parent répond à ces signaux est primordiale dans la gestion et l'intégration des états internes de l'enfant. Des réponses affectueuses, sensibles et attentionnées aident le nourrisson à supporter les tensions affectives intenses qu'il éprouve, la mère agissant à titre de « contenant » des sensations et émotions de ce dernier (Bion, 1965). Dans ces réponses, l'enfant peut aussi identifier et, éventuellement, intérioriser une représentation de ses états internes. La disponibilité émotionnelle et les réponses sensibles du parent lui permettent d'organiser son expérience et de « savoir » ce qu'il ressent puisqu'elles agissent comme miroir de ses états internes (Winnicott, 1971). Selon Fonagy et ses collègues, ce type d'expériences affectives favorise chez l'enfant le développement de la mentalisation, soit sa capacité à se représenter son expérience interne et à comprendre les états mentaux en général (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon et al., 1995; Fonagy & Target, 1998).

Des expériences de soutien affectif facilitent également le développement des habiletés d'identification des émotions en établissant des conditions favorables à l'exploration du monde interne de l'enfant. Comme l'expliquent Thompson et Meyer (2007), l'enfant enregistre, dans les réponses parentales aux demandes affectives qu'il exprime, des messages explicites et implicites au sujet de la légitimité des émotions et de leur expression. Par exemple, un enfant dont le parent répond de manière positive lorsqu'il exprime sa joie, mais de façon critique, dénigrante ou détachée lorsqu'il exprime sa tristesse ou sa peur risque d'intérioriser un interdit implicite relatif à l'expression des émotions négatives, ce qui est susceptible de nuire à la qualité de son exploration émotionnelle. Au contraire, un parent qui est disponible et qui répond de manière sensible et affectueuse à tous ses besoins reconnaît les états internes de l'enfant et lui transmet le message selon lequel ses émotions sont valides et leur expression légitime. Ainsi, l'enfant qui bénéficie du soutien affectif n'a pas à nier, exagérer ou déformer ses expériences émotionnelles afin d'apaiser sa détresse et préserver le lien avec son parent, ce qui lui permet d'exprimer et d'explorer librement ses états internes. Comme l'expression de ses besoins conduit à l'intervention du parent et donc à l'apaisement de sa détresse, il apprend non seulement que ses émotions sont valides et que leur expression



est utile, mais que les émotions négatives sont tolérables, qu'elles peuvent être reconnues et apaisées. Un tel contexte permet à l'enfant de faire l'apprentissage et de développer une conscience nuancée de ses émotions puisque toutes les parties de son expérience subjective peuvent être explorées et symbolisées. Le fait qu'il soit en mesure d'exprimer et de faire l'expérience d'une vaste gamme d'émotions sans avoir à inhiber ou amplifier les émotions négatives et sans craindre que sa relation avec son parent soit mise en péril permet à l'enfant de rester en contact avec toutes les facettes de son expérience subjective et d'utiliser ses ressources à l'exploration de son monde interne, ce qui favorise le développement de la compréhension émotionnelle (Harris, 1999).

Enfin, des réponses soutenant sur le plan affectif sont propices aux échanges et discussions au sujet des émotions, ce qui aide aussi l'enfant à développer une compréhension sophistiquée de ses états émotionnels et des émotions en général. Avec l'émergence du langage vers l'âge de 2 ans, le niveau de conscience émotionnelle de l'enfant augmente au fur et à mesure que le parent lui enseigne des mots et une signification à ses expressions somatiques et expériences internes (Emde, 1984; Furman, 1992). La nature des conversations mère-enfant joue alors un rôle important dans la compréhension que l'enfant développe de ses émotions (Thompson, 2006; Thompson & Lagattuta, 2006). Comme le suggère la documentation en attachement, les mères qui ont de nombreux échanges affectifs positifs avec leur enfant ont généralement un lien d'attachement sécurisant avec celui-ci et les dyades d'attachement sécurisant ont des conversations plus riches et élaborées au sujet des émotions (Dubois-Comtois, Cyr & Moss, 2011; Laible & Thompson, 2000; Oppenheim, Koren-Karie & Sagi-Schwartz, 2007). Un tel contexte favorise le développement chez l'enfant d'une compréhension juste de ses émotions, puisque, à travers ces conversations, la mère aide l'enfant à attribuer un sens à ses expériences internes et éventuellement à les reconnaître et les identifier. Selon Thompson (2008), le parent qui accepte les émotions de l'enfant et qui en parle ouvertement établit les bases pour le développement d'un ensemble d'habiletés de régulation émotionnelle chez l'enfant dont la conscience de soi. D'ailleurs, de nombreuses études montrent que les enfants ayant un lien sécurisant avec leur parent acquièrent plus rapidement un langage sur les états internes et ont de meilleures aptitudes de compréhension émotionnelle que les autres (Lemche, Klann-Deliux, Koch & Joraschky,

2004; McQuaid et al., 2008; Ontai & Thompson, 2002; Raikes & Thompson, 2006; Steele et al., 2008).

L'importance du soutien affectif dans le développement de la conscience des émotions n'est pas seulement mise en évidence par la recherche en attachement, mais est aussi appuyée par les études effectuées dans le domaine de la neuroscience. La documentation indique que les expériences environnementales agissent sur le développement du cerveau dès la naissance et même avant si l'on considère l'environnement intra-utérin (Graham, Heim, Goodman, Miller & Nemeroff, 1999; Post, 1992). Selon Siegel (1999), qui attribue un rôle certain aux expériences interpersonnelles dans le développement de la structure cérébrale, les patrons précoces d'interaction façonnent littéralement le cerveau en développement de l'enfant. Les expériences ou événements se produisant dans les premières années de la vie auraient des effets durables sur le cerveau puisqu'il s'agirait d'une période « critique » ou « sensible » pour le développement de celui-ci. Selon certaines données, les expériences d'attachement dans les premières années auraient une influence sur la maturation de l'hémisphère droit du cerveau, lequel serait impliqué dans le traitement de l'information à caractère émotionnel (Joseph, 1988; Mandal & Singh, 1990; Schore, 2008; Siegel, 1999). Les fonctions cérébrales de cette sphère seraient impliquées dans la capacité de l'individu à se représenter mentalement et à être conscient de ses expériences subjectives (Wheeler, Stuss & Tulving, 1997). Ainsi, l'influence des expériences de soutien affectif sur le développement des habiletés d'identification émotionnelle s'expliquerait aussi par les traces neurophysiologiques laissées par ces expériences, une donnée concordant avec la conception de Bowlby (1984) qui envisageait les premières expériences affectives comme pouvant laisser des traces neurophysiologiques permanentes sur l'individu en devenir.

Selon le modèle que nous proposons, les adultes se rappelant avoir eu des expériences de soutien affectif avec leur figure d'attachement à l'enfance seraient ainsi plus aptes sur le plan de l'identification de leurs émotions et cela les protégerait contre le développement de troubles intériorisés. Tel qu'expliqué précédemment (voir section 4.3), la capacité à identifier ses émotions est un facteur protecteur contre le développement de



psychopathologies, incluant les troubles intériorisés, puisque cela aide l'individu à contenir et tolérer ses affects négatifs (Zvolensky, Bernstein & Vujanovic, 2011). Les personnes qui identifient aisément leurs émotions sont moins à risque de développer des symptômes anxieux et dépressifs parce qu'elles éprouvent moins d'inconfort associé à la présence d'affects diffus (Campbell-Sills & Barlow, 2007) et parce qu'elles sont moins susceptibles de se confondre ou de s'identifier aux affects négatifs qu'elles éprouvent (comme c'est le cas dans la dépression p. ex., Teasdale, 1999). La capacité à reconnaître ses émotions est également cruciale au bien-être psychologique non seulement parce qu'elle augmente le niveau de tolérance à la détresse, mais aussi parce qu'elle aide à faire une lecture juste de l'environnement et guide l'individu vers des comportements adaptés en regard de ses besoins, des facteurs qui protègent contre l'anxiété et la dépression. Selon les théories contemporaines mettant en lumière la valeur adaptative et informative des émotions, ces dernières permettent d'évaluer et de répondre à des situations de manière à promouvoir le bien-être (Cole, Martin & Dennis, 2004; Gross & Thompson, 2007; Levenson, 1999). Elles signalent le besoin de changer ou d'ajuster le comportement devant les défis que pose l'environnement et permettent à l'individu de réaliser ses besoins à court et long terme sur les plans intra et interpersonnels (Stegge & Terwogt, 2007). Dans ce sens, la capacité à identifier ses émotions est un facteur important du bien-être psychologique, les émotions examinées et comprises étant plus susceptibles de conduire à des actions appropriées en regard des besoins fondamentaux des individus.

#### 4.5 Limites, contributions et pistes de recherche future

La présente étude comporte certaines limites. Tout d'abord, l'échantillon que nous avons utilisé était de taille restreinte. En raison du taux d'attrition inhérent aux études longitudinales et du fait que l'attachement à l'enfance est représenté par quatre patrons différents, l'échantillon total et certains des groupes d'attachement à partir desquels les analyses ont été effectuées étaient constitués d'un nombre restreint de participants, ce qui a pu limiter la puissance de nos analyses statistiques. Ainsi, bien que notre échantillon ait été assez étendu pour permettre de comparer les trois modèles d'attachement insécurisant –

lesquels sont souvent combinés dans les études existantes – les résultats non significatifs ici obtenus devraient être interprétés avec prudence et répliqués dans des échantillons plus larges. La taille restreinte de l'échantillon, bien qu'elle n'enlève rien au caractère significatif des résultats obtenus, nous empêche, en effet, de tirer des conclusions satisfaisantes sur les liens qui se sont avérés non significatifs dans notre étude. Dans le même esprit, les résultats obtenus avec certaines échelles de symptômes intériorisés, plus précisément le retrait à l'enfance et la somatisation à l'âge adulte, devraient être répliqués dans d'autres études compte tenu de la faible cohérence interne observée dans notre échantillon, laquelle limite la portée des résultats obtenus avec ces variables.

Une deuxième limite de l'étude concerne les instruments qui ont été administrés pour mesurer la conscience émotionnelle et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. Bien qu'il s'agisse de questionnaires largement utilisés dans la recherche, il serait pertinent d'employer d'autres méthodes d'évaluation que celles-ci compte tenu de la désirabilité sociale et des distorsions cognitives auxquelles elles sont sujettes. En effet, les mesures de symptomatologie auto-rapportée sont limitées au sens où elles reflètent uniquement les symptômes que les participants veulent ou sont en mesure de rapporter. Or, comme nous l'avons mentionné précédemment, certains groupes d'individus sont enclins à minimiser ou à exagérer leurs symptômes (Pianta et al., 1996; Shedler, Mayman & Manis, 1993). Par exemple, en raison de leur stratégie de désactivation, les individus avec un attachement évitant sont susceptibles de présenter une vision positive de leur état de santé et de sous-rapporter leurs symptômes (Dozier & Kobak, 1992; Dozier et al., 1991). L'usage de mesures auto-rapportées ne permet donc pas de clarifier si ces individus ressentent réellement moins de symptômes ou si leur faible symptomatologie témoigne plutôt d'une incapacité ou d'un manque de volonté à la rapporter. De la même manière, l'évaluation de la conscience émotionnelle par le biais d'un instrument auto-rapporté peut être biaisée dans la mesure où les individus qui ont une faible capacité d'introspection ne sont pas nécessairement les plus aptes à juger de leurs difficultés émotionnelles. Pour cette raison, certains proposent que le TAS-20 soit combiné à d'autres types de mesures, comme des entrevues ou des mesures observationnelles par exemple (Taylor et al., 1997). Ainsi, les études futures traitant des difficultés émotionnelles et intériorisées devraient privilégier l'usage de mesures variées et

recourir à de multiples informants afin de minimiser l'impact des biais inhérents aux instruments auto-rapportés.

Également, le fait que nos mesures de conscience émotionnelle et de symptômes intériorisés aient été administrées de manière concomitante nous empêche d'identifier la nature exacte du lien entre ces variables. Bien que nos résultats proposent un effet médiateur de la difficulté à identifier ses émotions dans le lien entre l'ambivalence d'attachement ou le faible soutien affectif à l'enfance et la présence de symptômes intériorisés à l'âge adulte, la méthodologie que nous avons utilisée ne permet pas de préciser si la difficulté à identifier ses émotions est une cause ou une conséquence des troubles intériorisés. Il existe d'ailleurs un débat à savoir si les déficits de conscience émotionnelle prédisposent les individus à développer certains troubles psychologiques ou s'ils résultent au contraire de ceux-ci à titre de défense contre la conscience d'affects trop intenses (Fukunishi, Saito & Ozaki, 1992; Marchesi et al., 2000). Ces déficits pourraient constituer une réponse secondaire aux états dépressifs et anxieux et les outils que nous avons utilisés ne permettent pas de clarifier ce point. Bref, des études longitudinales sont nécessaires pour préciser la nature du lien entre ces variables et appuyer les liens causaux impliqués dans les modèles de médiation ici proposés.

Une autre lacune de l'étude a trait au fait que nous n'ayons pu utiliser les classifications d'attachement ainsi que certaines échelles de l'EAA dans les analyses portant sur les représentations d'attachement adulte en raison du faible accord interjuge obtenu sur ces dernières. D'une part, l'exclusion de certaines échelles de l'EAA nous a empêché d'examiner le lien entre la symptomatologie et les échelles reliées aux catégories d'attachement autonome et préoccupé (cohérence du discours, métacognition, colère et passivité). Dans cette perspective, il n'est pas possible de clarifier le rôle que jouent les représentations d'attachement autonome et préoccupé dans l'occurrence de symptômes intériorisés ou de déficits de conscience émotionnelle à l'âge adulte à partir des résultats de la présente étude. D'autre part, bien que l'usage des échelles continues permette de raffiner la compréhension des processus reliés à l'attachement à l'âge adulte, ce en plus d'accroître la

puissance statistique des analyses (Hesse, 2008), il aurait été intéressant de disposer des classifications d'attachement adulte pour comparer les résultats avec ceux obtenus à partir de l'attachement à l'enfance. En dépit de la tendance à la stabilité de l'attachement au cours de la vie, il est possible que les modèles d'attachement de nos participants se soient modifiés depuis leur enfance. Ceci est d'autant plus vrai que le début de l'âge adulte est une période de vie où l'individu adopte de nouveaux rôles et fait face à de nouveaux défis, ce qui peut engendrer une réévaluation ou une réorganisation des représentations d'attachement (Caspi & Bem, 1990). Il est possible également que certaines expériences à l'âge adulte, tel que l'établissement de liens affectifs sécurisant, permettent d'amoindrir les effets négatifs de l'attachement insécurisant précoce. Les études futures en psychopathologie développementale devraient donc évaluer l'impact de l'attachement précoce sur le développement de la santé mentale par le biais de devis longitudinaux en examinant ce développement en lien avec la stabilité et le changement de l'attachement et ce, afin d'isoler plus efficacement l'effet des expériences d'attachement passées de celui des expériences subséquentes.

À ce titre, il aurait pu être utile de mesurer l'effet sur nos variables dépendantes du stress ou des événements de vie. La documentation sur la dépression accorde un rôle important aux événements stressants dans l'étiologie du trouble, comme la perte d'une personne significative, la séparation conjugale, la faillite, les problèmes légaux ou la maladie par exemple (Mazure, 1998), et plusieurs études montrent que le stress perçu est associé à la dépression et à l'anxiété (Bergdahl & Bergdahl, 2002; Chang, 1998; Liu et al., 2009). Le niveau de stress ou les événements de vie sont donc susceptibles d'influencer la symptomatologie intériorisée. Également, il est possible qu'il y ait un effet d'interaction entre l'attachement, le stress et les symptômes intériorisés. Des chercheurs ont montré que les individus ayant un attachement évitant, par exemple, manifestaient des niveaux élevés de détresse psychologique et d'inadaptation dans des contextes persistants de stress sévère (Berant et al., 2001; Mikulincer & Florian, 1998). L'étude de Fortuna et Roisman (2008) a aussi montré un effet modérateur du stress sur les symptômes intériorisés, mais seulement pour les adultes ayant des représentations d'attachement non autonome. Ainsi, il serait

important de contrôler l'effet du stress perçu ou des événements de vie afin de diminuer les risques d'interférence de ces variables avec les symptômes intériorisés.

Une autre limite de l'étude concerne l'âge des participants. Comme notre échantillon était constitué de jeunes adultes, il est possible, d'une part, que les résultats obtenus ne soient pas généralisables à l'ensemble de la population adulte en raison de certains effets de cohorte et des caractéristiques propres à ce groupe d'âge. En effet, le début de l'âge adulte est une période transitoire généralement accompagnée de bouleversements dans différentes sphères de la vie, que ce soit dans les sphères amoureuse, familiale ou professionnelle (Arnett, 2000). Des différences sur le plan du fonctionnement, des circonstances de vie ou des conditions sociodémographiques pourraient se traduire par des résultats différents de ceux obtenus dans la présente étude. Il est possible, d'autre part, que les participants n'aient pas encore été exposés à des événements de vie ébranlant leurs mécanismes d'adaptation, ce qui pourrait expliquer les résultats que nous avons obtenus avec certains groupes d'attachement insécurisant. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines données suggèrent que des événements ébranlant l'estime de soi, générant beaucoup de stress ou favorisant la désorganisation pourraient contribuer à l'émergence de symptômes intériorisés chez les individus ayant une histoire d'attachement évitant ou désorganisé. L'impact potentiel du jeune âge des participants sur les résultats obtenus dans la présente étude doit donc être considéré, surtout compte tenu de la nature normative de la population de laquelle ils sont issus, qui diminue les risques d'exposition aux événements de vie négatifs. Finalement, bien que nous ayons contrôlé l'effet du genre dans nos analyses, nous avons obtenu un effet d'attrition pour le sexe, les filles étant plus portées que les garçons à poursuivre leur participation au temps 2 de l'étude, ce qui signifie que les résultats ne sont pas entièrement généralisables à l'ensemble de la population. Il serait donc important de répliquer nos résultats dans des échantillons constitués d'adultes plus âgés et où il n'y aurait pas d'effet du sexe sur le taux d'attrition.

Enfin, la présente étude ne permet pas de différencier l'effet des expériences relationnelles avec la mère de celui des expériences relationnelles avec le père. Peu



d'attention a, jusqu'à maintenant, été portée sur le rôle du père dans le domaine de l'attachement. Il n'existe pratiquement pas d'écrits théoriques sur le sujet et peu d'études empiriques ont examiné le rôle du père dans le développement des symptômes intériorisés (Brumariu & Kerns, 2010). Or, il est possible que les relations avec la mère et le père aient des effets différentiels sur le développement de l'enfant. D'ailleurs, l'étude de Fukunishi et ses collègues (1997) révèle que les déficits de conscience émotionnelle à l'âge adulte sont associés au souvenir de faibles soins maternels à l'enfance, mais pas au souvenir de faibles soins paternels. Aussi, comme l'implication du père dans la vie de l'enfant a été associée à des aspects différents du développement, soit à la sphère des compétences sociales et aux réactions à la nouveauté (Lamb, 1982; Stolz, Barber & Olsen, 2005; Verissimo, Santos, Vaughn, Torres, Monteiro & Santos, 2011), il est possible que la qualité de l'attachement au père, mais pas à la mère, soit liée aux symptômes intériorisés lorsque l'individu est face, par exemple, à des changements de vie requérant des compétences sociales particulières pour s'adapter de manière efficace (changement d'emploi, arrivée dans un nouveau quartier, intégration à un nouveau groupe de pairs, etc.). Bref, il serait important de se pencher sur cette question et d'évaluer le lien d'attachement au père au cours de l'enfance afin de mieux comprendre l'impact de ce lien sur le développement de difficultés émotionnelles et intériorisées à l'âge adulte. De telles études permettraient peut-être d'isoler des facteurs de vulnérabilité plus spécifiques impliqués dans la symptomatologie intériorisée à l'âge adulte.

En dépit de ces limites, notre étude a de nombreuses forces et apporte une contribution importante au domaine de l'attachement et de la psychopathologie développementale. Plusieurs études transversales suggèrent un lien entre les relations d'attachement insécurisant à l'enfance et le développement ultérieur de symptômes intériorisés, mais notre étude est la première à utiliser un devis longitudinal de l'enfance à l'âge adulte pour examiner le lien entre ces variables. Les résultats de l'étude constituent donc un appui empirique important à la théorie de l'attachement et aux hypothèses de Bowlby en ce qui a trait au rôle des premières expériences affectives dans le développement de la psychopathologie et plus spécifiquement de la symptomatologie intériorisée. De plus, l'usage d'un devis longitudinal nous a permis de contrôler l'effet des symptômes intériorisés à l'enfance, ce qui est une force indéniable de l'étude puisque la présence antérieure de

symptômes est une variable importante expliquant l'occurrence des symptômes à l'âge adulte et celle-ci est rarement contrôlée dans les études existantes compte tenu de leur nature transversale.

Un autre atout de l'étude concerne le fait que nous ayons employé des mesures variées pour évaluer nos variables, soit à la fois des mesures évaluant les comportements (PSR), les représentations (EAA) et les perceptions des participants (ASR, TAS-20), ce qui diminue les risques de biais inhérents à l'usage unique de questionnaires ou de mesures évaluant les seules perceptions des individus. Les instruments que nous avons utilisés sont aussi des instruments réputés dont la validité a été largement démontrée. La PSR et l'EAA, administrés à l'enfance et à l'âge adulte respectivement, sont toutes deux considérées comme les mesures par excellence pour évaluer l'attachement parce qu'elles placent l'individu dans des situations qui activent le système d'attachement et permettent d'évaluer les aspects inconscients de l'attachement, ce que ne font pas les questionnaires d'attachement (George & West, 1999; Maier, Bernier, Pekrun, Zimmermann & Grossmann, 2004). Le CBCL et le ASR sont les outils les plus fréquemment utilisés dans la recherche sur les troubles de comportements à l'enfance et à l'âge adulte et s'avèrent très utiles lorsqu'il s'agit d'évaluer des troubles légers tels qu'on les rencontre dans une population normative. Enfin, en dépit de ses limites, le TAS-20 est considéré comme le meilleur outil à ce jour pour évaluer les déficits de conscience émotionnelle et ce, autant dans les populations cliniques que normatives.

Enfin, une des contributions centrales de l'étude est le fait qu'elle permette d'identifier un mécanisme impliqué dans le lien entre l'attachement à l'enfance et le développement ultérieur de symptômes intériorisés. Le lien entre l'insécurité d'attachement et la psychopathologie est certes démontré dans la recherche empirique, mais peu d'études ont examiné des facteurs spécifiques permettant d'expliquer ce lien. Celui-ci est généralement interprété comme résultant de difficultés sur le plan du fonctionnement émotionnel et interpersonnel, mais nous disposons de données encore limitées quant à la nature spécifique de ces difficultés (Cloitre et al., 2008). Dans ce sens, la présente étude

apporte une contribution importante à la psychologie développementale en identifiant les déficits de conscience émotionnelle, plus spécifiquement ceux reliés à l'identification des émotions, comme facteur médiateur pour expliquer le lien entre l'attachement ambivalent ou l'expérience de faible soutien affectif à l'enfance et les symptômes intériorisés à l'âge adulte. Il s'agit d'un apport important tant au niveau théorique que clinique. Les études futures devraient examiner le rôle de d'autres facteurs potentiellement impliqués dans ce lien afin de mieux comprendre le mécanisme par lequel la qualité des expériences relationnelles à l'enfance affecte la santé mentale des individus tout au long de la vie.

## CONCLUSION

Selon la théorie de l'attachement, la qualité des liens affectifs formés par l'individu avec ses figures parentales dans les premières années de la vie joue un rôle central dans l'adaptation ultérieure et le développement de la psychopathologie (Bowlby, 1978a). Le but général de la présente étude était d'examiner le rôle de l'attachement dans le développement de symptômes intériorisés et de difficultés émotionnelles à l'âge adulte. Par le biais d'un devis longitudinal, nous avons vérifié si les classifications d'attachement à l'enfance et les représentations d'attachement adulte étaient liées à la présence de symptômes intériorisés et de déficits de conscience émotionnelle chez des jeunes adultes issus d'une population normative. Nos résultats ont montré que les personnes ayant établi un attachement ambivalent à l'enfance étaient plus à risque de développer des symptômes intériorisés à l'âge adulte, ce qui pourrait s'expliquer entre autres par des difficultés dans l'identification de leurs émotions. Nos résultats n'ont révélé aucun lien significatif entre l'attachement évitant ou désorganisé à l'enfance et la symptomatologie intériorisée à l'âge adulte. Par ailleurs, l'idéalisation et l'absence de souvenirs relatifs aux expériences d'attachement – des échelles propres à l'état d'esprit détaché – étaient liées à des niveaux inférieurs de symptômes intériorisés à l'âge adulte, une donnée mettant en lumière l'efficacité de la désactivation affective comme mécanisme d'adaptation aux expériences de rejet. Il y avait également un lien entre la non résolution par rapport à la perte – une échelle associée à l'état d'esprit non résolu – et la manifestation de retrait social à l'âge adulte. Enfin, nos résultats ont montré que les adultes rapportant des expériences passées de soutien affectif – soit des expériences favorisant l'attachement sécurisant – étaient moins enclins à développer des symptômes intériorisés, ce qui pourrait être dû à des habiletés supérieures dans l'identification de leurs affects.

Ces données apportent une contribution importante au domaine de la psychopathologie développementale en fournissant un appui empirique à certaines des hypothèses centrales formulées par la théorie de l'attachement. À ce jour, aucune étude n'avait examiné le lien entre l'attachement précoce et le développement ultérieur de difficultés émotionnelles et intériorisées en utilisant des données prospectives allant de l'enfance à l'âge adulte. Nos résultats appuient l'hypothèse du lien entre les expériences affectives précoces et la symptomatologie intériorisée adulte. Évidemment, l'origine des troubles intériorisés, tout comme celle des déficits de conscience émotionnelle, est une question complexe qui ne peut s'expliquer par le seul facteur de l'attachement. Les facteurs étiologiques impliqués dans le développement de ceux-ci sont multiples et interactifs, incluant à la fois des facteurs génétiques, neurophysiologiques, familiaux et socioculturels (Cummings & Cicchetti, 1990; Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth & Zir, 2006; Schore, 1994). En accord avec la position de Bowlby, l'insécurité d'attachement est un facteur de risque général qui augmente la vulnérabilité à la psychopathologie en engageant l'individu dans des trajectoires associées à celle-ci, mais il ne s'agit en soi ni d'une pathologie ni d'un facteur de risque unique qui pourrait à lui seul expliquer le développement des troubles (Sroufe et al., 2005). Dans ce sens, l'étiologie des symptômes intériorisés ne peut s'expliquer entièrement ou uniquement à partir des expériences affectives passées. Néanmoins, nos résultats montrent que l'attachement est un facteur important impliqué dans le développement des troubles intériorisés. Ils mettent en lumière le poids des expériences affectives, particulièrement des expériences d'attachement ambivalent et de faible soutien affectif, dans l'étiologie de symptômes comme l'anxiété ou l'humeur dépressive. De plus, ils soulignent l'importance de la sécurité affective dans le développement des habiletés de régulation émotionnelle telle que la capacité à identifier ses émotions, laquelle joue un rôle central dans la santé mentale. Les données de la présente thèse permettent ainsi de reconceptualiser la symptomatologie intériorisée adulte dans les termes de la théorie de l'attachement, c'est-à-dire non seulement comme le reflet de déséquilibres neurochimiques ou de facteurs génétiques, mais aussi comme l'expression de difficultés cognitives et émotionnelles originant des expériences affectives avec les figures d'attachement dans les premières années de la vie.



En plus de leur contribution théorique, les données de la présente thèse ont également une portée clinique certaine. Tout d'abord, elles suggèrent que l'attachement devrait être considéré dans l'élaboration de programmes d'intervention et de prévention visant la réduction des troubles intériorisés, que ce soit l'anxiété, la dépression, la somatisation ou le retrait social. Comme les enfants ayant un attachement ambivalent ou bénéficiant de faible soutien affectif sont plus à risque de développer de tels troubles, des programmes visant l'amélioration des relations parent-enfant et la promotion d'un lien d'attachement sécurisant devraient être implantés au sein de populations à risque dès les premières années de la vie afin de réduire les probabilités d'apparition ultérieure des symptômes. Ceci pourrait contribuer à diminuer les taux d'occurrence des troubles intériorisés à l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte.

De plus, en mettant en lumière l'importance de la capacité d'identification des émotions dans la présence de symptomatologie intériorisée, nos données suggèrent que la focalisation sur les émotions en thérapie pourrait être bénéfique pour la réduction des symptômes intériorisés à l'âge adulte. En effet, bien qu'elles ne permettent pas de déterminer si les déficits de conscience émotionnelle sont une cause ou une conséquence des symptômes, nos données soulèvent la pertinence d'intégrer des interventions ayant pour but d'améliorer la capacité des individus à reconnaître, identifier et différencier leurs émotions dans le traitement des symptômes anxieux et dépressifs, particulièrement pour ceux ayant une histoire d'attachement ambivalent ou de faible soutien affectif. L'identification de la conscience émotionnelle comme facteur explicatif du lien entre l'attachement et les symptômes intériorisés est d'autant plus pertinente que cette capacité est modifiable via l'intervention clinique, tandis que les modèles d'attachement le sont moins. En effet, bien que le processus thérapeutique puisse contribuer à réduire l'insécurité ou à modifier certains aspects relatifs aux modèles d'attachement (Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin et al., 2006; Travis, Bliwise, Binder & Horne-Moyer, 2001), ceux-ci sont plus résistants au changement, notamment parce qu'ils sont intégrés à des structures opérant automatiquement et qui ne sont pas toujours accessibles à l'évaluation consciente (Bowlby, 1978a; Main et al., 1985). De plus, il n'est pas certain qu'un traitement visant la réévaluation de l'état d'esprit à l'égard de l'attachement soit suffisant pour diminuer ou atténuer la présence de symptômes

intériorisés. Dans cette perspective, le fait de cibler plus précisément les aptitudes d'identification des affects constitue une alternative ou un complément pertinent à la modification des représentations d'attachement pour les adultes ayant une histoire d'attachement insécurisant et aux prises avec des troubles intériorisés. Favoriser l'ouverture à l'expérience subjective et le développement de la conscience émotionnelle pourrait ainsi contribuer à diminuer l'intensité et la fréquence des symptômes chez les nombreux individus souffrant de troubles intériorisés à l'âge adulte.

## RÉFÉRENCES

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 37, 49-74.
- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Ainsworth, M.S. (1984). Attachment. In N.S. Endler & J.M. Hunt (Eds.), *Personality and the behavioral disorders* (pp. 559-602). New York: Wiley.
- Ainsworth, M.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Earlbaum.
- Alexander, P.C. (1993). The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 346-362.
- Allen, J.P., Hauser, S.T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding outcomes of severe adolescent psychopathology: An eleven-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263.
- Allen, J.P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 1406-1419.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (texte révisé)*. Paris: Masson.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

- Bagby, R.M., & Taylor, G.J. (1997). Measurement and validation of the alexithymia construct. In G.J. Taylor, R.M. Bagby & J.D.A. Parker (Eds.), *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (pp. 46-66). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (1993). A psychometric study of the AAI: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29, 870-879.
- Bandelow, B., Späth, C., Tichauer, G.A., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2002). Early Traumatic Life Events, Parental Attitudes, Family History, and Birth Risk Factors in Patients With Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 269-278.
- Bandelow, B., Torrente, A.C., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 397-405.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1061-1068.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrett, K.C. & Campos, J.J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 555-578). Oxford: John Wiley & Sons.
- Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C., & Cleary, P.D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151(3), 397-401.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, M.L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

- Beck, A.T. (2002). Cognitive Models of Depression. In R.L. Leahy & E.T. Dowd (Eds.), *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy: Theory and Application* (pp. 29-61). New York: Springer Publishing Company.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2001). Attachment style and mental health: A one-year follow-up study of mothers in infants with congenital heart disease. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 956-968.
- Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 56, 353-359.
- Bergdahl, J., & Bergdahl, M. (2002). Perceived stress in adults: Prevalence and association of depression, anxiety and medication in a Swedish population. *Stress and Health*, 18, 235-241.
- Berlin, L.J., Casidy, J., & Belsky, J. (1995). Loneliness in young children and infant-mother attachment: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology*, 41, 91-103.
- Bernier, A., & Dozier, M. (2002). Assessing adult attachment: Empirical sophistication and conceptual bases. *Attachment and Human Development*, 4, 171-179.
- Bernier, A., Larose, S., & Boivin, M. (2007). Individual differences in adult attachment: Disentangling two assessment traditions. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(2), 220-238.
- Bion, W.R. (1965). *Transformations*. London: Heinemann.
- Blatt, S., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Block, J.H., Gjerde, P.F., & Block, J.H. (1991). Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 726-738.
- Bower, G.H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behavior Research and Therapy*, 25, 443-455.
- Bowlby, J. (1978a). *Attachement et perte 1. L'attachement*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bowlby, J. (1978b). *Attachement et perte 2. La séparation: angoisse et colère*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte 3. La perte: tristesse et dépression*. Paris: Presses universitaires de France.



- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of psychiatry*, 145, 1-10.
- Brady, E.U., & Kendall, P.C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 3, 244-255.
- Breen, L.J., & O'Connor, M. (2011). Family and social networks after bereavement: experiences of support, change and isolation. *Journal of Family Therapy*, 33, 98-120.
- Brennan, K.A., & Bosson, J.K. (1998). Attachment-style differences in attitudes toward and reactions to feedback from romantic partners: An exploration of the relational bases of self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 699-714.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 3-35.
- Bretherton, I., Fritz, J., Zahn-Waxler, C., & Ridgeway, D. (1986). Learning to talk about emotions: A functionalist perspective. *Child Development*, 57(3), 529-548.
- Brown, L.S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 351-367.
- Brumariu, L.E., & Kerns, K.A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22, 177-203.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D.H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Caspi, A., & Bem, D.J. (1990). Personality continuity and change across the life course. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 549-575). New York: Guilford Press.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-years-olds. *Child Development*, 59, 121-135.
- Cassidy, J., & Berlin, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-991.

- Cassidy, J. & Kobak, R.R. (1988). Avoidance and its Relationship with other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworkei (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale: Erlbaum.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N.J., Thomas Jr., C.L., & Borkovec, T.D. (2009). Generalized Anxiety Disorder: Connections with Self-Reported Attachment. *Behavior Therapy*, 40, 23-38.
- Cassidy, J., & Mohr, J.J. (2001). Unresolvable Fear, Trauma, and Psychopathology: Theory, research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment Across the Life Span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 275-298.
- Celikel, F.C., & Saatcioglu, O. (2006). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Annals of General Psychiatry*, 5, Article 13.
- Chambers, J.A., Power, K.G., & Durham, R.C. (2004). Parental Styles and Long-Term Outcome Following Treatment for Anxiety Disorders. *Clinical and Psychology and Psychotherapy*, 11, 187-198.
- Chang, E.C. (1998). Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being? A preliminary investigation. *Personality and Individual Differences*, 25, 233-240.
- Chi, T.C., & Hinshaw, S.P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 387-400.
- Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1998). The Development of Anxiety: The Role of Control in the Early Environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F.A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Ciechanowski, P.S., Walker, E.A., Katon, W.J., & Russo, J.E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Abnormal Psychology*, 10, 316-336.
- Clayton, P.J. (1990). Bereavement and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 34-40.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P., & Charuvastra, A. (2008). Attachment Organization, Emotion Regulation, and Expectations of Support in a Clinical Sample of Women With Childhood Abuse Histories. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 282-289.

- Coffino, B. (2009). The role of childhood parent figure loss in the etiology of adult depression: Findings from a prospective longitudinal study. *Attachment & Human Development*, 11(5), 445-470.
- Cohen, M.X. & Shaver, P.R. (2004). Avoidant attachment and hemispheric lateralisation of the processing of attachment and emotion related words. *Cognition and Emotion*, 18(6), 799-813.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.
- Cole, P.M., Martin, S.E., & Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Conners, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin: Pharmacotherapy with Children*, 9, 24-84.
- Conradi, H.J., & De Jonge, P. (2009). Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 116, 93-99.
- Costello, E.J., & Benjamin, R. (1989). Epidemiology and child diagnosis. In C.G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychiatric diagnosis* (pp. 496-516). Oxford: John Wiley & Sons.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Shulman, I.D., & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 195-198.
- Craig, T.K.J., Boardman, A.P., Mills, K., Daly-Jones, O., & Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *British Journal of Psychiatry*, 163, 579-588.
- Creasy, G. (2002). Psychological distress in college-aged women: Links with unresolved/preoccupied attachment status and the mediating role of negative mood regulation expectancies. *Attachment & Human Development*, 4(3), 261-277.
- Crowell, J.A., Fraley, C., & Shaver, P.R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 599-634). New York: Guilford Press.
- Cummings, E.M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 339-372). Chicago: University of Chicago Press.

- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2008). Les conversations mère-enfant et l'attachement des enfants à la période préscolaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(3), 140-152.
- Deary, I.J., Scott, S., & Wilson, J.A. (1997). Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 22(4), 551-564.
- Declercq, F., & Willemsen, J. (2006). Distress and post-traumatic stress disorders in high risk professionals: Adult attachment style and the dimensions of anxiety and avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 256-263.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation. A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.
- Delbès, C., & Gaymu, J. (2000). Du veuvage à l'isolement/From widowhood to loneliness. *Gérontologie et Société*, 95, 11-26.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, 31, 1265-1270.
- DiFilippo, J.M., & Overholser, J.C. (2002). Depression, Adult Attachment, and recollections of Parental Caring During Childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(10), 663-669.
- Donohue, J.M., & Pincus, H.A. (2007). Reducing the Societal Burden of Depression: A Review of Economic Costs, Quality of Care and Effects of Treatment. *Pharmacoeconomics*, 25(1), 7-24.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2(1), 47-60.
- Dozier, M., & Kobak, R.R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473-1480.
- Dozier, M., & Lee, S.W. (1995). Discrepancies between Self- and Other-report of Psychiatric Symptomatology: Effects of Dismissing Attachment Strategies. *Development and Psychopathology*, 7, 217-226.
- Dozier, M., Stevenson, A.L., Lee, S.W., & Velligan, D.I. (1991). Attachment organization and familial overinvolvement for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 3, 475-489.

- Dozier, M., Stovall-McClough, K.C., & Albus, K.E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 718-744). New York: Guilford Press.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., & Moss, E. (2011). Attachment Behavior and Mother-child Conversations as Predictors of Attachment Representations in Middle Childhood: A longitudinal Study. *Attachment and Human Development*, 13, 335-357.
- Duddu, V., Isaac, M.K., & Chaturvedi, S.K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 435-438.
- Easterbrooks, M.A., Davidson, C.E., & Chazan, R. (1993). Psychosocial risk, attachment, and behavior problems among school-aged children. *Development and Psychopathology*, 5, 389-402.
- Edelstein, R.S., & Gillath, O. (2008). Avoiding interference: Adult attachment and emotional processing biases. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(2), 171-181.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., & Greenberg, L.S. (2003). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington: American Psychological Association.
- Emde, R.N. (1984). The affective self: continuities and transformations from infancy. In J.D. Call, E. Galenson & R.L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry*, Vol. 2 (pp. 38-54). New York: Basic Books.
- Enns, M.W., Cox, B.J., & Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 32, 997-1008.
- Evren, C., Evren, B., & Ercan, D. (2009). Alexithymia and personality dimensions in relation to depression and anxiety in male alcohol-dependent inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(1), 3-10.
- Fearon, R.M., & Mansell, W. (2001). Cognitive perspectives on unresolved loss: Insights from the study of PTSD. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3), 380-396.
- Feeney, J.A., & Ryan, S.M. (1994). Attachment Style and Affect Regulation: Relationships with Health Behavior and Family Experiences of Illness in a Student Sample. *Health Psychology*, 13(4), 334-345.
- Ferdinand, R.F., van der Reijden, M., Verhulst, F.C., Nienhuis, F.J., & Gield, R. (1995). Assessment of the prevalence of psychiatric disorder in young adults. *British Journal of Psychiatry*, 166, 480-488.



- Filligim R.B., Wilkinson, C.S., & Powel T. (1999). Self-reported abuse history and pain complaints among young adults. *Clinical Journal of Pain*, 15, 85-91.
- Fombonne E., Chedan F., & Carradec, A.M., Archard, S., Navarro, N., & Reis, S. (1988). Le Child Behavior Checklist: Un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 3, 409-418.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalizing, and the development of the self*. New York: Other press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale: The Analytic Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S., & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87-114.
- Fortuna, K., & Roisman, G.I. (2008). Insecurity, stress, and symptoms of psychopathology: Contrasting results from self-reports versus interviews of adult attachment. *Attachment and Human Development*, 10, 11-28.
- Fraley, R., Davis, K.E., & Shaver, P.R. (1998). Dismissing-avoidance and the defensive organization of emotion, cognition, and behavior. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 249-279). New York: Guilford Press.
- Fraley, R.C., Niedenthal, P.M., Marks, M., Brumbaugh, C., & Vicary, A. (2006). Adult Attachment and the Perception of Emotional Expressions: Probing the Hyperactivating Strategies Underlying Anxious Attachment. *Journal of Personality*, 74(4), 1163-1190.
- Fuendeling, J.M. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 291-322.

- Fukunishi, I., Kawamura, N., Ishikawa, T., Yukihiro, A., Sei, H., Morita, Y., & Rahe, R.H. (1997). Mothers' low care in the development of alexithymia: A preliminary study in Japanese college students. *Psychological Reports*, 80(1), 143-146.
- Fukunishi, I., Saito, S., & Ozaki, S. (1992). The influence of defense mechanisms on secondary alexithymia in hemodialysis patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 50-56.
- Furman, E. (1992). On feeling and being felt with. *Psychoanalytic Study of the Child*, 47, 67-84.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview protocol* (3<sup>rd</sup> ed.). Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198-216.
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 833-856). New York: Guilford Press.
- George, C., & West, M. (1999). Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 285-303.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P.M.G., & Arrindell, W.A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Goldston, R.B., Gara, M.A., & Woolfolk, R.L. (1992). Emotion differentiation. A correlate of symptom severity in major depression. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 180, 712-714.
- Grabill, C., & Kerns, K. (2000). Attachment style and intimacy in friendship. *Personal Relationships*, 7, 363-378.
- Graham Y.P., Heim, C., Goodman, S.H., Miller, A.H., & Nemeroff C.B. (1999). The effects of neonatal stress on brain development: Implications for psychopathology. *Implications for Psychopathology Development and Psychopathology*, 11, 545-565.
- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Grice, H.P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J.L. Moran (Eds.), *Syntax and semantics: Vol. 3. Speech acts* (pp. 41-58). New York: Academic Press.
- Grice, H.P. (1989). *Studies in the way of words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Hamarta, E., Deniz, M.E., & Saltani, N. (2009). Attachment Styles as a Predictor of Emotional Intelligence. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 9(1), 213-229.
- Hamilton, C.E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71(3), 690-694.
- Hankin, B.L. (2005). Childhood Maltreatment and Psychopathology: Prospective Tests of Attachment, Cognitive Vulnerability, and Stress as Mediating Processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645-671.
- Hankin, B.L., Kassel, J.D., & Abela, J.R.Z. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(1), 136-151.
- Harris, P.L. (1999). Individual differences in understanding emotion: the role of attachment status and psychological discourse. *Attachment & Human development*, 1(3), 307-324.
- Hayes, A.F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical Mediation Analysis in the New Millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G., & Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227-237.
- Heppner, P.P., Witty, T.E., & Dixon, W.A. (2004). Problem-solving appraisal and human adjustment: A review of 20 years of research using the Problem Solving Inventory. *Counseling Psychologist*, 32, 344-428.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 552-598). New York: Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.
- Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35, 1261-1270.
- Hodges, E., Finnegan, R.A., & Perry, D.G. (1999). Skewed autonomy-relatedness in preadolescent's conceptions of their relationships with mother, father and best friend. *Developmental Psychology*, 35, 737-748.

- Hofstra, M.B., van der Ende, J.V., & Verhulst, F.C. (2001). Adolescents' self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 203-209.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Hotopf, M., Mayou, R., Wadsworth, M., & Wessely, S. (1999). Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: Results from a national birth cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1796-1800.
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M.W., Baccus, J.R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 297-308.
- Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillbert, C., & Broberg, A.G. (2010). Attachment states of mind in adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder and/or depressive disorders: a controlled study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(11), 845-853.
- Jacobvitz, D., Curran, M., & Moller, N. (2002). Measurement of adult attachment: The place of self-report and interview methodologies. *Attachment and Human Development*, 4, 207-215.
- Joseph, R. (1988). The right cerebral hemisphere: Emotion, music, visual-spatial skills, body image, dreams, and awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 630-673.
- Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences*, 37, 129-145.
- Kandel, E.R. (1999). Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 505-524.
- Kerr, S.L., Melley, A.M., Travea, L., & Pole, M. (2003). The Relationship of Emotional Expression and Experience to Adult Attachment Style. *Individual Differences Research*, 1(2), 108-123.
- Kim, Y. (2005). Emotional and cognitive consequences of adult attachment: The mediating effect of the self. *Personality and Individual Differences*, 39, 913-923.
- King, N.J., Ollendick, T.H., & Gullone, E. (1991). Negative affectivity in children and adolescents: Relations of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 11, 441-459.

- Kobak, R.R. (1989/1993). *The Attachment Interview Q-Set*. Unpublished Document, University of Delaware.
- Kobak, R.R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Zir, Y. (2006). Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways model. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology, Vol. 1* (pp. 333-369). Cambridge: University Press.
- Kobak, R.R., Cole, H.E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W.S. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64(1), 231-245.
- Koerner, N., Dugas, M.J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., & Marchand, A. (2004). The Economic Burden of Anxiety Disorders in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 45(3), 191-201.
- Kooiman, C.G. (1998). The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 152-159.
- Kopp, C.B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Kraemer, S., & Loader, P. (1995). Passing through Life: Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 937-941.
- Laible, D.J. (2004). Mother-child discourse in two contexts: Links with child temperament, attachment security, and socioemotional competence. *Developmental Psychology*, 40, 979-992.
- Laible, D. (2007). Attachment with parents and peers in late adolescence: Links with emotional competence and social behaviour. *Personality and Individual Differences*, 43, 1185-1197.
- Laible, D., & Thompson, R.A. (2000). Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect and early conscience development. *Child Development*, 71, 1424-1440.
- Lamb, M.E. (1982). Paternal influences on early socio-emotional development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23(2), 185-190.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lemche, E., Klann-Delius, G., Koch, R., & Joraschky, P. (2004). Mentalizing Language Development in a Longitudinal Attachment Sample: Implications for Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 366-374.



- Levenson, R.W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 481-504.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin J.F., & Kernberg, O.F. (2006). Change in attachment organization during the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C., & Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six-year-olds from early social relations. *Child Development*, 55, 123-136.
- Li, T., Li, J., & Dai, Q. (2008). Adult Attachment, social support, and depression level of poststroke patients. *Social Behavior and Personality*, 36(10), 1341-1352.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the aetiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. George & C. Solomon (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 291-317). New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.
- Liu, Q., Nagata, T., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). The Effects of Adult Attachment and Life Stress on Daily Depression: A Sample of Japanese University Students. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 639-652.
- Loas, G., Otmani, O., Verrier, A., Fremaux, D., & Marchand, M-P. (1996). Factor analysis of the french version of the 20-Item Alexithymia scale (TAS-20). *Psychopathology*, 29, 139-144.
- Loas, G., Parker, J.D.A., Otmani, O., Verrier, A., & Fremaux, D. (1997). Confirmatory factor analysis of the French translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 83, 1018.
- Luminet, O., Taylor, G. J., & Bagby, M. (2003). La mesure de l'alexithymie. In M. Corcos & M. Speranza (Eds.), *Psychopathologie de l'alexithymie* (pp. 183-204). Paris: Dunod.
- Lumley, M.A., Asselin, L.A., & Norman, S. (1997). Alexithymia in Chronic Pain Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 160-165.
- Lumley, M.A., Mader, C., Gramzow, J., & Papineau, K. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58(3), 211-216.

- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The Disturbed Caregiving System: Relations among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A., & Cibelli, C.D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33, 681-692.
- Magai, C., Hunziker, J., Mesias, W., & Culver, L.C. (2000). Adult attachment styles and emotional biases. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 301-309.
- Maier, M.A., Bernier, A., Pekrun, R., Zimmermann, P., & Grossmann, K.E. (2004). Attachment working models as unconscious structures: An experimental test. *International Journal of Behavioural Development*, 28, 180-189.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). London: Routledge.
- Main, M. (1999). Attachment Theory: Eighteen Points with Suggestions for Future Studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 845-887). New York: Guilford Press.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2003). *Adult attachment scoring and classification systems*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth SS. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

- Mäkikyrö, T., Sauvola, A., Moring, J., Veijola, J., Neiminen, P., Järvelin, M.-R., & Isohanni, M. (1998). Hospital-Treated Psychiatric Disorders in Adults with a Single-Parent and Two-Parent Family Background: A 28-Year Follow-up of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *Family Process*, 37(3), 335-344.
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 358-367.
- Mandal, M.K., & Singh, S.K. (1990). Lateral asymmetry in identification and expression of facial emotions. *Cognition and Emotion*, 4(1), 61-69.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 43-49.
- Marsh, P., McFarland, C., Allen, J.P., McElhaney, K.B., & Land, D. (2003). Attachment, autonomy, and multifinality in adolescent internalizing and risky behavioral symptoms. *Development and Psychopathology*, 15, 451-467.
- Mauder, R., & Hunter, J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- Mazure, C.M. (1998). Life Stressors as Risk Factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 291-313.
- McQuaid, N., Bigelow, A.E., McLaughlin, J., & MacLean, K. (2008). Maternal mental state language and preschool children's mental state language and expressions of emotional understanding. *Social Development*, 17(1), 61-83.
- Meins, E., Harris-Waller, J., & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, 45, 146-152.
- Meredith, P., & Noller, P. (2003). Attachment and Infant Difficulties in Postnatal Depression. *Journal of Family Issues*, 24, 668-686.
- Meredith, P.J., Strong, J., & Feeney, J.A. (2006). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*, 120, 44-52.
- Meredith, P.J., Strong, J., & Feeney, J.A. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 11, 164-170.
- Mesquita, B., & Frijda, N.H. (1992). Cultural variations in emotions: a review. *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.

- Mickelson, K.D., Kessler, R.C., & Shaver, P.R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in self-appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 420-435.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The Relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2008). Adult Attachment and Affect Regulation. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 503-531). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., Cassidy, J., & Berant, E. (2009). Attachment-related defensive processes. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 293-327). New York: Guilford Press.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Bader, M., & Halfon, O. (2005). Assessing Attachment Cognitions and Their Associations with Depression in Youth with Eating or Drug Misuse Disorders. *Substance Use & Misuse*, 40, 605-623.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507.
- Moss, E., Bureau, J-F., Cyr, C., Mongeau, C., & St-Laurent, D. (2004). Correlates of Attachment at Age 3: Construct Validity of the Preschool Attachment Classification System. *Developmental Psychology*, 40(3), 323-334.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and development risk: Examining family context and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviourally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40, 519-532.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development*, 69(5), 1390-1405.
- Muller, R.T., Lemieux, K.E., & Sicoli, L.A. (2001). Attachment and Psychopathology Among Formerly Maltreated Adults. *Journal of Family Violence*, 16(2), 151-169.
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 337-348.

- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, S. (2003). Internalizing and Externalizing Problems as Correlates of Self-Reported Attachment Style and Perceived Parental Rearing in Normal Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12(2), 171-183.
- Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 447-456.
- Neimeyer, R.A., Holland, J.M., & Currier, J.M. (2008). Meaning reconstruction in later life: Toward a cognitive-constructivist approach to grief therapy. In D. Gallagher-Thompson, A. Steffan & L. Thompson (Eds), *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults* (p. 264-277). New York: Springer and Verlag.
- Nelson, K. (1996). *Language in cognitive development: Emergence of the mediated mind*. New York: Cambridge University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (1995). Epidemiology and theories of gender differences in unipolar depression. In M.V. Seeman (Ed.), *Gender and psychopathology* (pp. 63-87). Washington: American Psychiatric Press.
- Noyes, R., Stuart, S.P., Langbehn, D.G., Happel, R.L., Longley, S.L., Muller, B.A., & Yagla, S.J. (2003). Test of an Interpersonal Model of Hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 292-300.
- Nunnally, J.C. (1967). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- O'Connor, M., & Elklit, A. (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment and Human Development*, 10, 59-71.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Oliver, L.E., & Whiffen, V.E. (2003). Perceptions of parents and partners and men's depressive symptoms. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(5), 621-635.
- Ontai, L.L., & Thompson, R.A. (2002). Patterns of Attachment and Maternal Discourse Effects on Children's Emotion Understanding From 3 to 5 Years of Age. *Social Development*, 11(4), 433-450.
- Parker, G. (1990). The Parental Bonding Instrument: A decade of research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 281-282.



- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275.
- Patrick, M., Hobson, R.P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology*, 94, 375-388.
- Pennebaker, J.W., Barger, S.D., & Tiebout, J. (1989). Disclosure of Traumas and Health Among Holocaust Survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-589.
- Pianta, R.C., Egeland, B., & Adam, E.K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatry symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 273-281.
- Pierrehumbert, B. (2003). Attachement et psychopathologie. *Enfance*, 55, 74-80.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, 36, 717-731.
- Raikes, H.A., & Thompson, R.A. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 89-104.
- Reinecke, M.A., & Rogers, G.M. (2001). Dysfunctional attitudes and attachment style among clinically depressed adults. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 129-141.
- Reis, S., & Grenyer, B.F.S. (2004). Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 414-424.
- Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Mangelsdorf, S., & Sroufe, A.L. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality*, 5, 257-281.
- Riches, G., & Dawson, P. (2000). *An Intimate Loneliness: Supporting Bereaved Parents and Siblings*. Buckingham: Open University Press.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A.C., Terwogt, M.M., & Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*, 45, 756-761.

- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M.M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 40, 123-133.
- Riggs, S.A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., & Ross, C.A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19, 263-291.
- Roberts, J.E., Gotlib, I.H., & Kassel, J.D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 310-320.
- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F.A., Moore, M., Braun, M., Donner, A., & Mikulincer, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 1080-1091.
- Roisman, G.I., Fortuna, K., & Holland, A. (2006). An experimental manipulation of retrospectively defined earned and continuous attachment security. *Child Development*, 77, 59-71.
- Roisman, G.I., Padron, E., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (2002). Earned-secure attachment status in retrospect and prospect. *Child Development*, 73(4), 1204-1219.
- Roisman, G.I., Tsai, J.L., & Chiang, K.S. (2004). The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial, expressive, and self reported emotional response during the adult attachment interview. *Developmental Psychology*, 40(5), 776-789.
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244-253.
- Roza, S.J., Hofstra, M.B., van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2116-2121.
- Salminen, J.K., Saarijarvi, S., Aarela, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 75-82.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., & Sansone, L.A. (2001). Adult somatic preoccupation and its relationship to childhood trauma. *Violence and Victims*, 16(1), 39-47.

- Scheidt, C.E., Waller, E., Schnock, C., Becker-Stoll, F., Zimmermann, P., Lucking, C.H., & Wirsching, M. (1999). Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 47-52.
- Schmidt, S., Strauss, B., & Braehler, E. (2002). Subjective physical complaints and hypocondriacal features from an attachment theoretical perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 313-332.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A.N. (2008). *La régulation affective et la réparation du soi*. Montréal: Éditions du CIG.
- Shaver, P.R., Schachner, D.A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment Style, Excessive Reassurance Seeking, Relationship Processes, and Depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 343-359.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48(11), 1117-1131.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Simpson, J.A., & Rholes, W.S. (2006). Anxious Attachment and Depressive Symptoms. An Interpersonal Perspective. In W.S. Rholes & J.A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research and Clinical Implications* (pp. 408-437). New York: Guilford Press.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C.L. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood and depressive symptoms. *Journal of Personality and social Psychology*, 84, 1172-1187.
- Smith, H.M., & Betz, N.E. (2002). An Examination of Efficacy and Esteem Pathways to Depression in Young Adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 49(4), 438-448.
- Sochos, A., & Tsalta, A. (2008). Depressiogenic cognition and insecure attachment: A motivational hypothesis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 157-170.
- Southam-Gerow, M.A., & Kendall, P.C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 189-222.
- Spangler, G., & Grossmann, K.E. (1993). Biobehavioral organization in security and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.

- Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C.M., Halligan, S., & Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1247-1258.
- Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Lévy, A.K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E.A., & Collins, W.A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Steele, H., Steele, M., & Croft, C. (2008). Early attachment predicts emotion recognition at 6 and 11 years old. *Attachment and Human Development*, 10(4), 379-393.
- Stegge, H., & Terwogt, M.M. (2007). Awareness and Regulation of Emotion in Typical and Atypical Development. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 269-286). New York: Guilford Press.
- Stern, D. (1984). Affect attunement. In J.D. Call, E. Galeson & R.L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry, Vol. 2* (pp. 3-14). New York: Basic Books.
- Stolz, H.E., Barber, B.K., & Olsen, J.A. (2005). Toward Disentangling Fathering and Mothering: An Assessment of Relative Importance. *Journal of Marriage and Family*, 67(4), 1076-1092.
- Stovall-McClough, K.C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 219-228.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 40, 34-43.
- Suchman, N.E., Rounsaville, B., DeCoste, C., & Luthar, S. (2007). Parental control, parental warmth, and psychosocial adjustment in a sample of substance-abusing mothers and their school-aged and adolescent children. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 1-10.
- Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.

- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing and three modes of mind, and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S53-S57.
- Thompson, R.A. (2006). The development of the person: Social understanding, relationships, self, conscience. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed.), Vol. 3. *Social, emotional, and personality development* (pp. 24-98). New York: Wiley.
- Thompson, R.A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 348-365). New York: Guilford Press.
- Thompson, R.A., & Lagattuta, K. (2006). Feeling and understanding: Early emotional development. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *The Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 317-337). Oxford: Blackwell.
- Thompson, R.A., Laible, D.J., & Ontai, L.L. (2003). Early understanding of emotion, morality, and the self: Developing a working model. In R.V. Kail (Ed.), *Advances in child development and behavior*, Vol. 31 (pp. 137-171). San Diego: Academic Press.
- Thompson, R.A., & Meyer, S. (2007). The socialization of emotion regulation in the family. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 249-268). New York: Guilford Press.
- Thomson, P. (2010). Loss and Disorganization from an Attachment Perspective. *Death Studies*, 34(10), 893-914.
- Todarello, O., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Psychiatric Research*, 39(8), 987-994.
- Travis, L.A., Bliwise, N.G., Binder, J.L., & Horne-Moyer, H.L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 149-159.
- Troisi, A., & D'Argenio, A. (2004). The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: The role of insecure attachment. *Journal of Affective Disorders*, 79, 269-272.



- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(5), 311-316.
- van Baarsen, B. (2002). Theories on Coping With Loss: The Impact of Social Support and Self-Esteem on Adjustment to Emotional and Social Loneliness Following a Partner's Death in Later Life. *Journal of Gerontology*, 57B(1), S33-S42.
- van der Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., van den Bout, J., & Meij, L.W. (2010). Risk Factors for Bereavement Outcome: A Multivariate Approach. *Death Studies*, 34(3), 195-220.
- van Emmichoven, I.A.Z., van IJzendoorn, M.H., De Ruiter, C., & Brosschot, J.F. (2003). Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Development and Psychopathology*, 15, 219-237.
- van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
- van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2008). The distribution of adult attachment representations in clinical groups: A meta-analytic search for patterns of attachment in 105 AAI studies. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 69-96). New York: Guilford Press.
- van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010). Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status? *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 200-208.
- Verhulst F.C., & van der Ende, J. (1995). The eight-year stability of problem behavior in an epidemiologic sample. *Pediatric Research*, 38, 612-617.
- Verissimo, M., Santos, A.J., Vaughn, B.E., Torres, N., Monteiro, L., & Santos, O. (2011). Quality of attachment to father and mother and number of reciprocal friends. *Early Child Development and Care*, 181(1), 27-38.
- Vogel, P.A., Stiles, T.C., & Nordahl, H.M. (1997). Recollections of parent-child relationships in OCD out-patients compared to depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(6), 469-474.
- Waldinger, R.J., Schulz, M.S., Barsky, A.J., & Ahern, D.K. (2006). Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 129-135.

- Waller, E., Scheidt, C.E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 200-209.
- Warren, S., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Wartner, U.G., Grossman, K.E., Fremmer-Bombik, E., & Suess, G. (1994). Attachment patterns at age six in South Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development*, 65, 1014-1027.
- Waters, E., Crowell, J., Treboux, D., O'Connor, E., Posada, G., & Golby, B. (1993, March). Discriminant validity of the Adult Attachment Interview. Poster presented at the 60<sup>th</sup> biennial meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71(3), 684-689.
- Watt, M.C., McWilliams, L.A., & Campbell, A.G. (2005). Relations between anxiety sensitivity and attachment style dimensions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(3), 191-200.
- Wearden, A., Cook, L., & Vaughan-Jones, J. (2003). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 341-347.
- Wearden, A., Lamberton, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting. An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 279-288.
- Weems, C.F., Berman, S.L., Silverman, W.K., & Rodriguez, E.T. (2002). The relation between anxiety sensitivity and attachment style in adolescence and early adulthood. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 159-168.
- Weems, C.F., Berman, S.L., Silverman, W.K., & Saavedra, L.M. (2001). Cognitive errors in youth with anxiety disorders: The linkages between negative cognitive errors and anxious symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 559-575.
- Wei, M., Russell, D.W., & Zakalik, R.A. (2005). Adult Attachment, Social Self-Efficacy, Self-Disclosure, Loneliness, and Subsequent Depression for Freshman College Students: A Longitudinal Study. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 602-614.

- Wei, M., Shaffer, P.A., Young, S.K., & Zakalik, R.A. (2005). Adult Attachment, Shame, Depression, and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 591-601.
- Wei, M., Vogel, D.L., Ku, T-Y., & Zakalik, A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 14-24.
- West, M., Adam, K., Spreng, S., & Rose, S. (2001). Attachment disorganization and dissociative symptoms in clinically treated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 627-631.
- West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development*, 4, 278-293.
- Wheeler, M.A., Stuss, D.T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121(3), 331-354.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Penguin.
- Youngblade, L.M., & Dunn, J. (1995). Individual Differences in young children's pretend play with mother and sibling: Links to relationships and understanding of other people's feelings and beliefs. *Child Development*, 66, 1472-1492.
- Zech, E., De Ree, F., Berenschot, F., & Stroebe, M. (2006). Depressive affect among health care seekers: How it is related to attachment style, emotion disclosure, and health complaints. *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 7-19.
- Zvolensky, M.J., Bernstein, A., & Vujanovic, A.A. (2011). *Distress Tolerance: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.